



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

MARIA PANTOJA MOREIRA

**CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DO
PARÁ, BRASIL**

**BELÉM
2021**

MARIA PANTOJA MOREIRA

**CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DO
PARÁ, BRASIL**

Dissertação de Mestrado Profissional
apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Assistência Farmacêutica da Universidade
Federal do Pará – UFPA para obtenção do
Título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da
Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Luann Wendel Pereira
de Sena

**BELÉM
2021**

**Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica
da Universidade Federal do Pará**

BANCA EXAMINADORA

Aluno (a): Maria Pantoja Moreira

Orientador (a): Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Luann Wendel Pereira de Sena

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva / Orientador (Presidente)
Professor da PPG em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Pará,
UFPA.

Prof. Dr. Luann Wendel Pereira de Sena / Co-orientador
Professor da PPG em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Pará,
UFPA.

Profa. Dra. Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro / Membro Interno
Professora do PPG em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Pará,
UFPA.

Profa. Dra. Marcia Cristina Monteiro Guimarães / Membro Externo
Professora da Escola Superior da Amazônia, Esamaz

Data: 27/01/2021

Dedico este trabalho aos meus eternos incentivadores: meus pais Walter Jorge João e Fernando Coimbra; a minha mãe Conceição Pantoja; a minha filha Maria Elena; e ao meu noivo Luann Wendel. Gratidão a Deus por ter vocês em minha vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos em todos os momentos da minha vida, especialmente nos mais difíceis.

Aos meus pais, Walter Jorge João, Fernando Coimbra e Conceição Pantoja, pela compreensão, apoio e por todo amor, dedicação e sacrifícios que culminaram em todas as minhas conquistas da minha vida. Ao meu irmão, Filipe Moreira, pela indispensável presença, amizade, incentivo e apoio.

A minha filha, Maria Elena, que me deu a força necessária para que eu alavancasse meus sonhos profissionais, entendendo minhas ausências e sempre sendo meu Porto Seguro.

Ao meu Co-orientador, melhor amigo, amor da minha vida, Prof. Dr. Luann Wendel, por ser meu exemplo diário de ser humano e profissional, segurando todos os dias na minha mão para que eu chegasse até aqui. Obrigada por não permitir que eu desista dos meus sonhos.

À meu orientador, Professor Dr. Marcos Valério dos Santos, pela orientação concedida, apoio e confiança em mim depositados, pelos ensinamentos, respeito, compreensão, paciência, além das oportunidades proporcionadas nesses dois anos de trabalho.

Aos professores e estudantes do Curso de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Pará, pelo apoio e paciência durante esses dois anos de trabalho.

Enfim, a todos que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho, meus profundos agradecimentos.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não Sou o que era antes.”

Marthin Luther King

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. Considerações Gerais.....	18
1.2. As Práticas Integrativas e Complementares.....	19
1.3. Contexto Histórico das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil.....	21
1.4. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.....	22
1.5. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária.....	24
1.6. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a Promoção de Saúde	26
1.7. Práticas Integrativas e Complementares e o Farmacêutico.....	28
1.8. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	29
2. OBJETIVOS.....	36
2.1. Objetivo Geral.....	36
2.2. Objetivos Específicos.....	36
3. MÉTODO (S).....	37
3.1. Tipo e População de Estudo.....	37
3.2. Local da Pesquisa.....	37
3.3. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	38
3.4. Tratamento e Seguimento dos Dados.....	38
3.5. Aspectos Éticos.....	39
3.6. Análises dos Resultados.....	39
4. RESULTADOS.....	40
4.1. Perfil Social.....	41
4.2. Práticas Integrativas e Complementares.....	41
4.3. Guia de Conhecimento em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde – SUS.....	43
5. DISCUSSÃO.....	45
6. CONCLUSÕES.....	52
7. REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS.....	61

TABELAS, FIGURAS, ANEXOS E APÊNDICES

Figura 1.	Fases do 3º ciclo do PMAQ-AB.....	33
Quadro 1	Participação no PMAQ e Recursos Distribuídos por ciclo.....	31
Quadro 2	Características geográficas do Estado do Pará.....	37
Quadro 3	Descritores utilizados na pesquisa.....	38
Tabela 1.	Características Basais dos Municípios Paraenses de Acordo com o Ciclo de Análise.....	40
Tabela 2.	Práticas Integrativas e Complementares Realizados nos 125 Municípios Analisados.....	41
Tabela 3	Desenvolvimento de outras Práticas Integrativas e Complementares Realizadas nos 125 municípios analisados.....	42
Tabela 4	Demonstrativo das principais ações que se dá o desenvolvimento das práticas integrativas e complementares nos municípios estudantes durante o Ciclo 2 e 3.	43

ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
APS	Atenção Primária a Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FAO	Organizações das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MT/MCA	Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde e da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB Variável	Piso da Atenção Básica Variável
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ – AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCS	Práticas Não Convencionais em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SAI/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Caracterização das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde no Estado do Pará, Brasil

Moreira, M. P¹; Silva, M. V. S¹; Sena, L. W. P.¹;

¹ Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Pará.

RESUMO

Introdução: No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares tiveram maior evidência após a origem da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2006. Contudo, ainda existem lacunas sobre o cenário geral dessas práticas. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi caracterizar a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Núcleo de apoio a saúde da família e suas contribuições para o acesso a qualidade na Atenção Básica, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, com abordagem quantitativa, do tipo normativo, a partir de banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Resultados:** Um total de 125 municípios participaram do estudo em seus respectivos ciclos (2 e 3). Apresentaram boa estrutura física e efetuaram constantemente educação permanente com todos os profissionais que corroboraram com suas atividades. Em média, 91,38% ($\pm 2,31$) dos municípios realizaram ações de Práticas Integrativas e Complementares, porém, em sua totalidade, o apoio para o desenvolvimento dessas atividades foi baixo. **Conclusão:** Observa-se que as Práticas Integrativas e Complementares são oferecidas de forma tímida e os dados disponíveis são escassos, apesar dos reflexos positivos para os usuários e para os serviços que aderiram à sua utilização. Espera-se, que o guia de aperfeiçoamento em práticas integrativas e complementares, seja utilizado de maneira eficiente, podendo assim, favorecer o conhecimento profissional e resultar no aumento dos índices e/ou adesão no uso dessas práticas no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares; Atenção Primária à Saúde; NASF.

Characterization of integrative and Complementary Practices in Primary Health Care in the State of Pará, Brazil

Moreira, M. P¹; Silva, M. V. S¹; Sena, L. W. P.¹;

¹ Pharmacy College, Para Federal University.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the Integrative and Complementary Practices had greater evidence after the origin of the National Policy of Integrative and Complementary Practices, in 2006. However, there are still gaps on the general scenario of these practices. **Objective:** The objective of this study was to characterize the inclusion of Integrative and Complementary Practices in the Family Health Support Center and their contributions to access to quality in Primary Care, based on the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care. **Methodology:** This is a cross-sectional, evaluative study, with a quantitative approach, of the normative type, based on a nationally based database of the external evaluation stage of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care. **Results:** A total of 125 municipalities participated in the study in their respective cycles (2 and 3). They had a good physical structure and constantly carried out permanent education with all the professionals who supported their activities. On average, 91.38% (\pm 2.31) of the municipalities carried out actions of Integrative and / or Complementary Practices, however, in their totality, support for the development of these activities was low. **Conclusion:** It is observed that the Integrative and Complementary Practices are offered in a timid way and the available data are scarce, despite the positive reflexes for the users and for the services that adhered to its use. It is expected that the guide for improvement in integrative and complementary practices will be used efficiently, thus being able to favor professional knowledge and result in increased rates and / or adherence in the use of these practices in the Unified Health System.

Keywords: Integrative and Complementary Practices; Primary Health Care; NASF.

1.1 Considerações Gerais

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado pela Constituição Federal de 1988 e demonstrou um grande desenvolvimento na história brasileira. A saúde passou a ser considerada um direito de todos os cidadãos, sendo assegurada pelo estado. Porém, nem sempre é e/ou foi fácil garantir o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde, pois há a necessidade de regulamentações por atos do poder legislativo, numa sociedade marcada por políticas que sempre favoreceram as elites dominantes e que visam a lucrar com a saúde do brasileiro (AGUIAR, 2011).

O modelo assistencial, torna-se um desafio devido suas transformações, caracterizadas prevalentemente pela assistência médica individual, curativa, biológica, fragmentada e hospitalocêntrica, contrário à atenção integral à saúde (AGUIAR, 2011). A concepção da integralidade, por sua vez, fundamenta-se em uma visão holística de homem baseada no modelo biopsicossocial; na garantia de comunicação e de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde; na cooperação dos diferentes saberes em equipes multiprofissionais e no foco em ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, e não apenas na assistência (ROCHA et al., 2011).

Apesar das dificuldades, o SUS vem se sustentando no País com um processo social em permanente construção. Como afirmam Azevedo e Pelicioni (2011), tem ocorrido um movimento de inserção de outras racionalidades e saberes médicos no SUS, que foram legitimados a partir da homologação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) pelo Ministério da Saúde (MS), em 2006. O campo dessas práticas contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, também denominados Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2006).

A PNPIC colabora para o fortalecimento do SUS ao atuar nos campos da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, sendo baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo. Além disso, representa um avanço no processo de construção do SUS, garantindo o acesso dos

cidadãos brasileiros a serviços antes restritos a práticas de cunho privado (BRASIL, 2006).

A PNPIC abrangeu, inicialmente, as práticas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa – (exemplo: acupuntura), da homeopatia, da fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo (crenoterapia) (BRASIL, 2006). Em resposta à demanda dos municípios brasileiros, o MS publicou a Portaria nº 849, de 23 de março de 2017, que incluiu novos procedimentos às práticas já regulamentadas pela política: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

Posteriormente, a PNPIC foi mais uma vez atualizada a partir da publicação da nova portaria (Portaria nº 702, de 21 de março de 2018), que ampliou a oferta com a inclusão de dez práticas: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de florais (BRASIL, 2018). Dessa forma, o SUS autoriza, atualmente, 29 práticas integrativas e complementares, intensificando o desafio da capacitação, implantação e oferta destas na saúde pública do país.

Contudo, a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS tem acontecido de forma gradual e muito lentificada (AZEVEDO et al., 2011). Com base neste relato, o estudo tem por objetivo, caracterizar a inclusão das PIC na Atenção Primária à Saúde, a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no Estado do Pará, Brasil.

1.2. As Práticas Integrativas e Complementares

O modelo biomédico de saúde vem sendo questionado por sua limitação em lidar com outras dimensões do ser humano, assim como também, a fragmentação do cuidado, que interfere na qualidade de vida do sujeito. Tem-se observado um modelo de atenção mais amplo, que visa à fundamentação de uma assistência que reconhece as articulações e a integralidade da pessoa (MEDEIROS et al., 2010).

A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional para se referir às práticas médicas originárias da cultura de cada país, como por exemplo, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a *ayurveda hindu*, a medicina *unani* árabe e a medicina indígena (MEDEIROS et al. 2010). Para OMS, as MT/MCA significam um conjunto diversificado de ações

terapêuticas que se diferenciam da medicina ocidental, incluindo práticas manuais e espirituais, como ervas, minerais, acupuntura, reiki, florais, quiropraxia, atividades corporais (*tai chi chuan, yoga, Lian Gong*). Porém, não há consenso a respeito dessas nomenclaturas, haja vista diferentes realidades e práticas no mundo. No México, usa-se o termo Medicina Complementar e Integrativa; em Cuba, Medicina Natural e Tradicional; Nos Estados Unidos e Canadá, Medicina Complementar e Alternativa. No Brasil, utiliza-se a nomenclatura Práticas Integrativas e Complementares (MOTA et al., 2012).

Em geral, tanto a população quanto os profissionais costumam conhecer as formas de tratamento médico não convencionais, com a denominação “Medicina Alternativa”, porém, esta não seria a denominação mais adequada, pois sugere a idéia de alternância, e nem sempre as terapias convencionais são substituídas, mas sim, complementares entre si (CHISHOLM-BURNS et al., 2010). Já o termo “Medicina Complementar”, pode ser confundido como sendo exames auxiliares ao diagnóstico médico. Assim, alguns profissionais de saúde e estudiosos da área preferem o termo “Medicina Integrativa”. No presente estudo, será utilizado o termo “Práticas Integrativas e Complementares – PIC”, sendo esta a nomenclatura mais recente adotada pela PNPIC (SOEIRO et al., 2017).

As PIC em saúde propõem um modelo de atenção integral a saúde, que passe a privilegiar a Atenção Básica (AB), e adote a promoção da saúde como seu eixo estruturante (NASCIMENTO et al., 2017).

O campo das PIC envolve abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, bem como a visão ampliada do processo saúde-doença e o autocuidado (NASCIMENTO et al., 2017).

As PIC abordam o indivíduo de forma holística envolvendo o estilo de vida da pessoa, o estado emocional, suas relações sociais e com a natureza, promovendo maior envolvimento entre os profissionais de saúde e o usuário (ÁLVARES et al., 2017).

As propostas das PIC vem com a idéia de ampliação do acesso às ações de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, envolvendo as múltiplas dimensões

dos problemas de saúde pública e das pessoas, mediante uma abordagem integral e de boa qualidade (COSTA et al., 2017).

A OMS por exemplo, reconhece que a acupuntura pode servir como tratamento principal ou complementar para as mais diversas patologias, por exemplo: enxaquecas, problemas gastrointestinais, alergias e algias diversas. Vários estudos têm demonstrado que acupuntura apresenta uma influência profunda sobre os problemas físicos e emocionais, podendo também ser recomendável a combinação dessa técnica com outros tratamentos, incluindo a fisioterapia (NAKAMURA e LEITE, 2016).

1.3. Contexto Histórico das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil

A OMS vem estimulando, há vários anos, o uso das PIC por seus países membros. As ações culminam na elaboração de um documento que visou fortalecer políticas para o uso integrado das PIC nos sistemas nacionais de atenção à saúde e o desenvolvimento de estudos para verificar eficácia, segurança e qualidade das PIC em saúde (ALENCAR et al., 2011).

No Brasil, as discussões desta temática iniciaram-se na década de 1980, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, trouxe um conceito mais abrangente de saúde objetivando a prevenção, promoção, proteção e recuperação, sendo essa a principal referência na construção do SUS. Nessa conferência, foi deliberada, a introdução de PIC no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático para escolher a terapêutica preferida, dando possibilidades a diferentes abordagens frente ao adoecimento (BERTOLDI et al., 2016).

Na década de 1990, o grupo de pesquisa “Racionalidades Médicas”, liderado por Madel Luz, evidenciou-se sistemas médicos complexos (homeopatia, medicina tradicional chinesa, e ayurvédica), e depois, práticas de saúde, em sua diversidade de saberes e práticas, fortalecendo o movimento ainda tímido de inserção das PIC na saúde pública brasileira (BERTOLDI et al., 2016).

O MS incluiu, em 1999, as consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI/SUS).

Contudo, o marco ocorreu em 2006, com a edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual enfatiza a inserção das PIC na Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema, com um cuidado contínuo, humanizado e integral, visando também, normatizar a utilização destas práticas no SUS (GERHARDT et al., 2016)

A transformação nas práticas em saúde exige envolvimento de diversos atores sociais, sendo eles institucionais e profissionais, para assim, fortalecer a participação dos profissionais, democratizando a gestão e ampliando a atenção à saúde, com responsabilização pactuada, como prevê a Política Nacional de Humanização (PNH), estimulando a gestão participativa, a construção da integralidade e a ampliação responsável e cuidadosa das práticas e saberes no cuidado (PARANAGUA et al., 2009).

1.4. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

O MS aprovou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com o intuito de integrar as práticas de saúde não convencionais na atenção a saúde. Esta política veio atender, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de municípios e estados (OTANI et al., 2011)

Um dos objetivos principais da PNPIC é incorporar e implementar as práticas no SUS, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado contínuo, humanizado e integral em saúde. A publicação da PNPIC é uma conquista para a saúde pública, pois corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípios este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS, contribuindo assim para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, buscando, portanto, concretizar tal prioridade, imprimindo-lhe a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva na integralidade da atenção à saúde no Brasil (GERHARDT et al., 2016).

Embora exista uma Política que determine a utilização das PIC, percebeu-se que há algumas limitações e desafios que impedem que sua implantação ocorra de modo mais efetivo, tais como: a formação e qualificação de profissionais, o monitoramento e avaliação dos serviços que atuam com as PIC, os níveis do sistema em que estão inseridas, o fornecimento dos insumos (medicamentos homeopáticos/fitoterápicos/agulhas para acupuntura), a estruturação dos serviços na rede pública e o investimento em pesquisa e desenvolvimento para integrar saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento (HABIMORAD, 2015).

A PNPIC traz diretrizes e estratégias para a inserção de produto e serviços relacionados à homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e Plantas Medicinais e Fitoterapia, assim como para observatórios de saúde do Termalismo Social e da Medicina Antroposófica e, contempla ainda, responsabilidades dos entes federais, estaduais e municipais (PARANAGUA et al., 2009)

A PNPIC traz os conceitos das PIC e aborda a MTC caracterizando-a por um sistema integral, que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a relação harmônica entre as partes visando à integralidade, utilizando-se da anamnese, palpação do pulso e observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). Traz a definição da homeopatia como um sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, e, ainda na PNPIC, temos como contempladas as Plantas Medicinais e Fitoterapia, sendo que nesta PIC, o Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, com a maior diversidade vegetal do mundo (BRASIL 2016, 2017).

A PNPIC contempla ainda o Termalismo Social/Crenoterapia sendo estas referentes ao uso das Águas Minerais para o tratamento de saúde e a Medicina Antroposófica onde o modelo de atenção está organizando de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde (BARROS, 2016).

A PNPIC é transversal em suas ações no SUS e possui convergência com várias Políticas Nacionais, tais como: Atenção Básica, Promoção da Saúde, Educação Permanente, Assistência Farmacêutica, Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Povos e

Comunidades Tradicionais, entre outras, e as ações decorrentes desta interação são imprescindíveis para melhoria da atenção à saúde da população (BARROS, 2016).

Ao longo dos anos, observou-se que a PNPIIC no SUS trouxe avanços para a saúde no país, contribuindo para a normatização e institucionalização das experiências na rede pública, porém observa-se avanços tímidos em políticas estaduais e municipais no tocante a esta temática (CANABARRO et al., 2019)

Quando comparadas a outras políticas públicas, a PNPIIC demonstra-se ainda uma política frágil e com pouca visibilidade entre os estados e municípios, ainda não é uma política pública de saúde efetiva para os gestores, sendo por vezes vista ainda como uma proposta em discussão. Por isso, busca-se uma ampliação do acesso as PIC no Sistema Único de Saúde (PINTO-JÚNIOR et al., 2015).

1.5. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária

A Atenção Básica (AB) catacteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio de exercícios de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinâmica existente no território em que vivem (SOUZA et al., 2017).

A Atenção Primária a Saúde (APS) orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando a integralidade (NASCIMENTO et al., 2017)

Seguindo os preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), quanto ao desenvolvimento de ações relacionadas à prevenção e promoção da saúde, e

reafirmando os princípios do SUS de integralidade, a PNPIC foi pensada na busca de uma ampliação das possibilidades do cuidado (ALVAREZ et al., 2017).

As PIC trazem valores de promoção da saúde que podem ser realizados individualmente ou em grupos, valorizando, também, a solidariedade e a troca de experiências entre os usuários, favorecendo o crescimento e empoderamento comunitário. Outra questão associada à promoção da saúde na atenção primária é o fato dessas práticas favorecerem a qualidade de vida para além do tratamento dos adoecimentos, apresentando também, um potencial de autoconhecimento e aprendizados frente aos adoecimentos, vendo os profissionais como apoio na busca pela saúde (COSTA et al., 2017)

Segundo dados do MS, em 2008, existiam no Brasil mais de 800 municípios realizando algumas práticas integrativas e complementares. Ainda que se conheça pouco acerca da PNPIC e a oferta destas práticas nos serviços de saúde, algumas experiências já ocorriam no país, como por exemplo, nos municípios de Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina) e Recife (Pernambuco), entre outros (NAKAMURA e LEITE, 2016)

A APS, além de ser o serviço preferencial para o primeiro contato do cidadão, a porta de entrada do sistema, tem como missão a integração de ações de cuidado ao adoecimento, prevenção de agravos e de promoção da saúde, tanto é assim que, no Brasil, segundo pesquisa do MS, 72% das PIC ofertadas no país estavam inseridas na atenção básica. A APS tem papel destacado para o processo de expansão das PIC e o fortalecimento da promoção da saúde. É aí que os sofrimentos e adoecimentos encontram-se, muitas vezes, em fase inicial, momento no qual é desejável que haja ações terapêuticas e de fortalecimento do autocuidado, cura e reequilíbrio das pessoas (ALENCAR et al., 2011).

Estudos realizados têm revelado a incorporação por alguns profissionais de saúde no uso de tais práticas e a busca por serviços que ofereçam PIC tem se tornado atrativa, especialmente em relação a fitoterapia e plantas medicinais, práticas utilizadas para tratar diversos problemas de saúde na atenção primária. Porém, as PIC na rede pública estão em lenta expansão devido a alguns fatores, como o uso

abusivo de tecnologias duras e uma significativa “desumanização” das práticas profissionais (ALENCAR, 2011).

O modelo biomédico caracteriza-se por dar ênfase aos aspectos físicos, ter uma visão fragmentada do ser humano e se colocar como saber hegemônico, frente ao saber popular, cenário esse oposto à idéia de cuidado integral e acolhimento do ser humano. Mesmo com a criação do SUS, que vem com a proposta de assistência universal, integral e descentralizada, os serviços de saúde ainda continuam sendo alvos dessa suposta desumanização do atendimento aos usuários (BERTOLDI et al., 2016).

1.6. Práticas Integrativas e Complementares e Saúde e a Promoção de Saúde

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as pessoas e seus entornos, pois propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (SIR et al., 2014)

A promoção da saúde lida com as formas de viver constituídas na modernidade, onde a população perde de vista o que é uma vida saudável e passa a adaptar-se a uma forma de vida sedentária e estressante, predominando o consumo de alimentos industrializados, com o abuso de drogas lícitas ou ilícitas, que são determinantes fundamentais na geração de doenças (GADELHA et al., 2016).

Promover saúde é educar para a autonomia. É tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade, a capacidade criadora e a busca da felicidade com relevância. A promoção da saúde trabalha a mobilização comunitária, atuando no fortalecimento de ação comunitária, compartilhando os saberes técnicos e saberes populares e criando condições para a construção de estratégias eficazes na abordagem dos problemas de saúde. A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superarem a fragmentação do indivíduo, e caminharem em direção à perspectiva da integralidade das pessoas em

suas necessidades, numa relação de cuidar/ ser cuidado, de ensinar/aprender (GADELHA et al., 2016; GERLACK et al., 2017).

É inegável e benéfica a aproximação das PIC à política de promoção da saúde, sobretudo, porque estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, em que se destaca a perspectiva holística e o empoderamento individual, com impactos na vida cotidiana dos sujeitos. Todavia, para potencializar as práticas no campo da promoção da saúde e do cuidado, é preciso superar os desafios de uma prática fragmentada, individualista, que contribui pouco para a expansão do acesso às PIC e para a construção e qualificação do cuidado no SUS (LAVRAS, 2011).

Pode-se considerar também, a relação das PIC com a Política Nacional de Promoção da Saúde, tendo em vista que a promoção da saúde também propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários. A inserção das PIC no SUS, configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população (RODRIGUES, 2014).

A adoção das práticas integrativas no âmbito da atenção básica exige da equipe de saúde capacitação para o conhecimento dessas práticas e preparo para compreender, apoiar e respeitar a singularidade de cada indivíduo, proporcionando uma relação humanizada, baseada na visão holística de atendimento ao ser humano (ROSA et al., 2011).

Nesse entendimento, ressalta-se a importância da Atenção Primária para fortalecer práticas de promoção da saúde, em especial, as PIC. Contudo, ainda existem dificuldades para a implantação das práticas no SUS, principalmente, em decorrência da insuficiência de dados de produção e de pesquisas, das limitações no controle dessas práticas, falta de investimentos neste campo, dentre outras (SANTOS et al., 2012).

1.7. Práticas Integrativas e Complementares e o Farmacêutico

Atualmente, o Brasil vive um movimento de intensa reestruturação da profissão farmacêutica, o que envolve a formação e a prática dos profissionais da saúde em favor do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas (CANABARRO et al., 2020).

Diante dessas mudanças, o farmacêutico está apto a desempenhar suas funções com qualidade, nas mais de 135 especialidades distribuídas em 10 áreas de atuação, regulamentadas pela Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 572, de 25 de abril de 2013.

A relação entre as PIC e a farmácia tem atraído crescente interesse no campo da saúde no mundo. Considerando a atual formação do farmacêutico, percebe-se um crescimento em novas maneiras de proporcionar saúde e prestar cuidado, conhecendo a cultura e valorizando os saberes. O farmacêutico é um educador em saúde, podendo contribuir de forma decisiva nas ações que se inter-relacionam com as PNPIC. Além disso, este profissional, faz parte da equipe multidisciplinar, principalmente nas unidades de Atenção Básica e está longe de ser apenas quem controla, armazena e garante a qualidade dos medicamentos e a segurança do tratamento do paciente (SIMÃO et al., 2016).

Para os profissionais farmacêuticos, as únicas legislações que abordam as PIC são as Resoluções nº 586 de 29 de agosto de 2013 que regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências, a qual em seu quinto artigo, inciso dois, garante ao farmacêutico “O ato da prescrição de medicamentos dinamizados e de terapias relacionadas às práticas integrativas e complementares, e deverá estar fundamentado em conhecimentos e habilidades relacionadas a estas práticas” e a Portaria nº 611 de maio de 2015 que trata especificamente da atuação do farmacêutico no exercício da floriterapia, que ao reconhecer essa prática como campo de atuação do farmacêutico, evidencia em seu segundo artigo, que sua atuação como prescritor somente poderá acontecer caso tenha pós-graduação *latu senso* ou *stricto sensu* ou formação livre com no mínimo 180 horas referente ao tema (GERLACK et al., 2017).

Por mais que haja resoluções que garantem à prática, e o reconhecimento das PIC por conselhos profissionais de saúde, muitos profissionais se sentem inseguros

em abordar esse assunto, ressaltando-se a importância do espaço de discussão sobre o tema, tanto no âmbito acadêmico quanto na instituição de trabalho. É evidente que há necessidade de que os profissionais de saúde estejam aptos a informar e atender os pacientes, reconhecer efeitos colaterais, interações medicamentosas e praticar as PIC isoladas e associadas às medicinas convencionais com segurança (ROCHA, 2017).

Contudo, faz-se necessário a participação dos farmacêuticos na divulgação e/ou aplicação das possibilidades terapêuticas e preventivas aos usuários. Na área das PIC, a atuação do farmacêutico se dá:

- ✓ nos laboratórios de fitoterápicos;
- ✓ no ensino e pesquisa científica;
- ✓ presença nas farmácias e drogarias;
- ✓ Outros.

Além de aviar receita médica, o farmacêutico orienta sobre o uso correto dos medicamentos, faz o acompanhamento do paciente e também pode prescrever fitoterápicos que não exigem prescrição médica. No âmbito da fitoterapia ainda há farmacêuticos atuando na gestão de serviços no SUS, como as Farmácias Vivas, e nos hospitais públicos espalhados pelo País (MACINKO et al., 2017)

No modelo de assistência social farmacêutica, os profissionais atuam na promoção do uso racional de plantas medicinais e na produção de fitoterápicos, possibilitando o acesso dos usuários e demais profissionais de saúde, sendo esta, uma opção terapêutica complementar eficaz e segura, valorizando a biodiversidade brasileira.

1.8. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Segundo Brasil (2013), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) trata-se de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nos três níveis de governo, que pretende verificar e mensurar os efeitos das políticas

de saúde com o intuito de subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS, e dar visibilidade aos resultados, promovendo o acesso e qualidade aos serviços de saúde da Atenção Básica, sendo seu foco centrado nos usuários.

O PMAQ foi lançado em 11 de julho de 2011 pela Portaria nº 1654 do MS (BRASIL, 2011), e, até o momento já foram realizados três ciclos. Em seu 1º ciclo, no ano de 2011, contemplou a adesão de equipes de saúde da família e equipes de Atenção Básica (AB) parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal. O 2º ciclo iniciou em 2013 com a novidade da ampliação da adesão das equipes de saúde da família, equipes parametrizadas e equipe de saúde bucal. Outra novidade do 2º ciclo é a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (GOLDBAUM, 2014).

Em 2016, o PMAQ iniciou seu 3º ciclo. Conta com a participação de todas as equipes de saúde da família da Atenção Básica (Saúde da Família e parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontrem em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). As novidades para este ciclo relacionaram-se à revisão no desenho geral do programa; a implantação do sistema eletrônico do Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) e alterações no processo de certificação das equipes (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) vinculou pela primeira vez, o repasse de recursos à implantação de padrões de acesso e qualidade em nível nacional. Esta medida representou um processo intenso de mudanças na lógica, relacionada ao repasse de recursos para a AB, e seu sucesso está condicionado à capacidade de mobilizar os atores locais em favor de modificações das condições e práticas de atenção, gestão e participação (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2011)

Assim, PMAQ-AB é considerado uma das maiores iniciativas mundiais para melhorar a atenção primária. Ele está sendo utilizado para compreender as condições estruturais que os trabalhadores da linha de frente da rede básica enfrentam. É possível desenvolver pesquisas utilizando o PMAQ-AB em termos de determinar se

os incentivos financeiros proporcionados em nível municipal melhorem a qualidade da assistência à saúde e promovam a equidade (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017a).

O Quadro 1, demonstra um pouco da evolução histórica de adesão das equipes de saúde da família por ciclo, assim como a distribuição de recursos financeiros (MACINKO et al., 2017a)

Quadro 1: Participação no PMAQ e Recursos Distribuídos por ciclo.

	Ciclo 1 (2011/12)	Ciclo 2 (2013/14)	Ciclo 3 (2016/18)
	n(%)	n(%)	n(%)
Municípios	3.965 (71,3)	5.211 (93,6)	5.324 (95,6)
Estratégia de Saúde da Família	17.483 (51,4)	30.523 (77,6)	38.865 (96,4)
Atenção Primária (NASF)	0 (0)	1.813 (46,5)	4.110 (93,2)
PMAQ – Investimentos em Bilhoes	770	4.200	TBD

Fonte: Macinko et al., 2017.

Verificou-se uma evolução histórica importante, em relação ao aumento do número de equipes que aderiram ao PMAQ-AB nos três ciclos. Com base no acompanhamento do processo de trabalho e de seus resultados obtidos na avaliação, espera-se que as equipes e os gestores se envolvam na busca por solução dos problemas de saúde do cotidiano da sua população, produzindo benefícios aos mesmos, transformando a micropolítica do trabalho em saúde.

Segundo Pinto, Sousa e Florêncio (2011) a adesão de mais de 70% dos municípios brasileiros que ingressaram no PMAQ no 1 ciclo, revelou-se surpreendente para um programa novo, de adesão voluntária, que exigia uma série de tarefas prévias de assunção de diversos compromissos com esta participação, que serão abordados posteriormente.

Embora semelhante em muitos aspectos de outras iniciativas de melhoria da qualidade, o PMAQ-AB, tem várias diferenças importantes de outras experiências internacionais (HARRIS, 2012).

Primeiro o MS fornece o incentivo financeiro, não necessariamente para ser destinado como pagamento à equipe de saúde. Esse dinheiro é transferido para o município para ser utilizado no cuidado, de acordo com o desempenho. Mas também, o município pode repassar este recurso de outras formas como: salários, informações, assistência técnica, suprimentos e outros fatores que podem ajudar no desempenho das equipes. Alguns municípios realizam o pagamento aos profissionais de saúde, mas não se tem informações sobre quantos o realizam, a forma como realizam e a quantidade transferida (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017a).

Para o 1º e 2º ciclos a organização estrutural era diferente. Seu arranjo se dava em quatro fases que se complementavam, formando um ciclo: **adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa, e pactuação/recontratualização** que caracterizava o processo contínuo e início de um novo ciclo, após a certificação das equipes.

Segundo Brasil (2015) para o 3º ciclo, houveram modificações no que se refere a sua organização, devido a revisão do instrumento, realizado pelo MS. Esta passou a ser constituída por três fases e um eixo transversal de desenvolvimento compondo um ciclo contínuo, conforme ilustra a Figura 1.

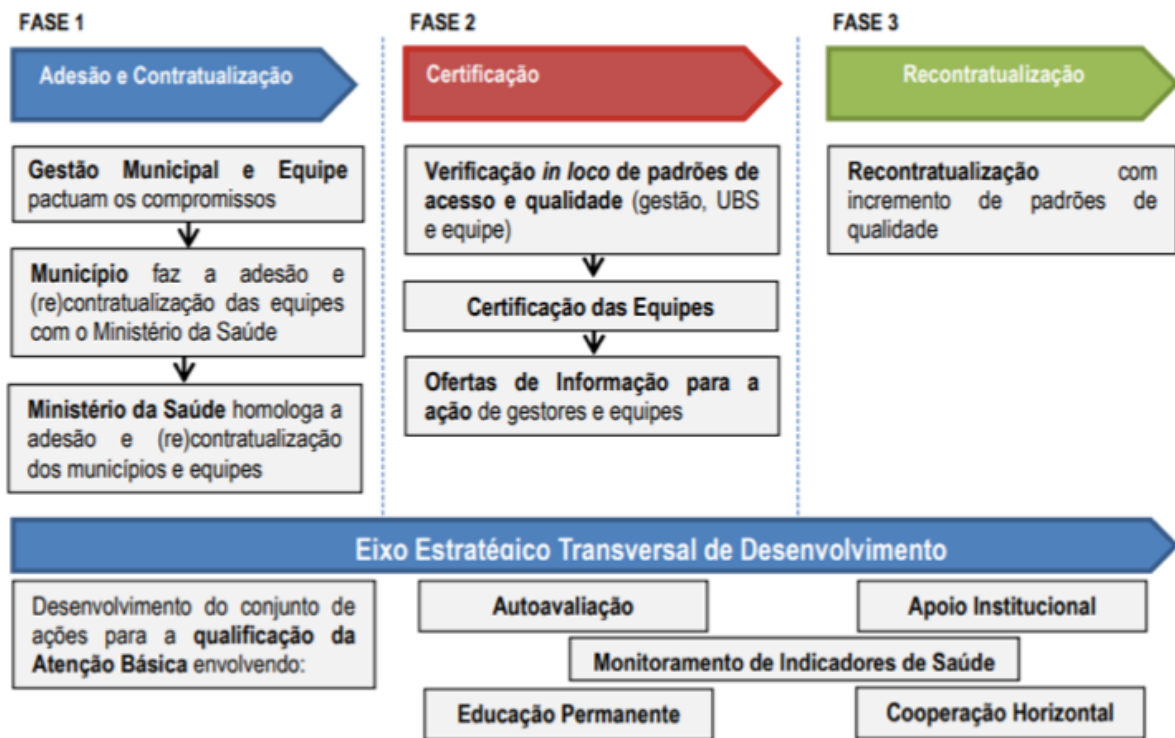


Figura 1: Fases do 3º ciclo do PMAQ-AB. Fonte: Brasil (2015).

A **1ª fase adesão**: tem caráter voluntário e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados pelas equipes de AB (incluindo equipes de saúde bucal, equipes parametrizadas, NASF e CEO), os gestores municipais, e o MS em um processo de pactuação.

O **eixo estratégico transversal de desenvolvimento** ocorre simultaneamente a todo processo, evidencia-se, principalmente, após a adesão, constituindo-se pelo envolvimento coletivo da equipe no processo avaliativo. Trata-se do conjunto de ações que promoverão o processo de tomada de decisões, para implementar as mudanças a favor da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, é composto por cinco dimensões: **autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal**.

- a) **Autoavaliação**: é o ponto de partida, e pretende provocar na equipe o movimento de mudança, por meio da implantação de novas práticas de atenção, gestão, educação e participação. Utiliza o AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade), com a finalidade de desenvolver uma reflexão crítica do processo de trabalho e as matrizes de intervenção,

como proposta para colocar em prática as ações e, desse modo realizar as modificações necessárias.

b) **Monitoramento:** dos indicadores e padrões de qualidade.

c) **Educação permanente:** estratégia utilizada para a consolidação da AB como reorientadora do modelo de atenção e para o aprimoramento das práticas em saúde. Isso pressupõe um saber, e um fazer em educação permanente, integrado ao cotidiano do trabalho, e em consonância com os principais objetivos e diretrizes para a melhoria do acesso e da qualidade da AB.

d) **Apoio institucional:** é uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde.

e) **Cooperação horizontal:** busca valorizar o protagonismo local e propõe que as equipes participantes do PMAQ compartilhem suas experiências.

Destaca-se aqui a **autoavaliação**, que é um processo reflexivo a partir do qual serão desencadeadas a maioria das modificações necessárias no processo de trabalho das equipes de saúde da família contratualizadas. Para tanto, o MS propõe a utilização de um instrumento de avaliação, o AMAQ, não sendo obrigatória a sua utilização. O município pode utilizar outros instrumentos de avaliação que melhor se adequem às suas reais condições de saúde.

A 2ª fase certificação: contempla a avaliação externa, em que são avaliados os padrões de acesso e qualidade alcançados pela equipe e pela gestão. Por meio de parcerias com instituições de ensino, são observadas a infraestrutura e condições de funcionamento, entrevista com os profissionais das equipes participantes e verificação de documentos. É o momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para a melhoria do acesso e da qualidade da AB. As equipes serão certificadas segundo o seu desempenho, considerando: a avaliação externa de desempenho, a realização da autoavaliação e avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa anterior. A certificação ocorre da seguinte maneira: 10% da nota é referente à implementação de processos autoavaliativos, 30%

corresponde a avaliação dos indicadores contratualizados e 60% é referente à avaliação externa.

A 3º fase de reconstrução: a partir dos resultados alcançados pela equipe será possível incrementar novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a pactuação singular de cada município caracterizando o processo cíclico.

Após a adesão das equipes, o município passa a receber mensalmente recurso financeiro referente ao componente de qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), por cada equipe contratualizada, mediante transferência fundo a fundo. Esse 3º ciclo apresenta modificações quanto aos resultados, a ser divulgado por meio da certificação que ocorre após o processo de avaliação externa. As equipes serão classificadas segundo seu desempenho, como ótimo, muito bom, bom, regular e ruim (BRASIL, 2015).

Pode-se destacar que a adesão ao PMAQ-AB para os gestores torna-se vantajoso, em relação aos recursos financeiros para a AB. Sabe-se das dificuldades que os municípios enfrentam para custear os seus próprios serviços de saúde. Porém, não se pode esquecer que os processos de avaliação podem ser utilizados pelos gestores, também como ferramentas aliadas para melhorar a qualidade de vida dos usuários por meio de modificações de seu processo de trabalho.

Acrescenta-se que a utilização dos processos avaliativos contribui para que os gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão, voltadas ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, ampliando assim a resolubilidade do sistema (FERNANDES et al., 2009).

Parte-se da hipótese de que a avaliação do processo de trabalho em saúde, por meio do PMAQ-AB, desenvolvidas pelas próprias equipes de Atenção Básica, torna-se essencial para melhoria da qualidade das ações em saúde, e, conseqüentemente, para a melhoria do cuidado ao usuário.

2.1. Objetivo Geral

Caracterizar a inclusão das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil social dos municípios paraenses de acordo com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade;
- Caracterizar as atividades das práticas integrativas e complementares realizadas pelos municípios paraenses de acordo com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade;
- Elaborar um guia de conhecimento sobre as Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.

3.1. Tipo e População de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, com abordagem quantitativa, do tipo normativo, a partir de banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Nesse caso buscou-se avaliar a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), nos municípios do Estado do Pará que aderiram ao PMAQ-AB

3.2. Local da Pesquisa

O estudo foi constituído por 125 (86,4%) dos 144 municípios que constituem o Estado do Pará e que participaram do segundo (2013 a 2014) e terceiro ciclo (2016 a 2018) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

As Unidades básicas de saúde (UBS) não foram selecionadas de maneira aleatória. As que fizeram parte do universo desta pesquisa foram aquelas que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e que responderam ao questionário do módulo IV - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), referente às características de identificação geral e práticas integrativas e complementares.

O estado do Pará está localizado na região norte do Brasil, com uma área de 1.245.870,748 Km² e uma população estimada em 8.690.745 habitantes (IBGE, 2019). O estado possui uma quantidade de 144 municípios (Quadro 2).

Quadro 2: Características geográficas do Estado do Pará.

Características Geográficas	
Área	1.245.870,748 Km ²
População	8.690.745 (IBGE, 2019)
Densidade	6 hab/Km ²
IDH	0,698 (médio)
PIB	R\$ 155,195 bilhões
PIB per capita	R\$ 18.549,33
Municípios	144

3.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas no Estado do Pará e que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e que responderam ao questionário do módulo IV.

Foram excluídos aqueles municípios que não estão localizados no Estado do Pará; os que não aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e que não responderam ao questionário do módulo IV.

3.4. Tratamento e Seguimento dos Dados

Os dados coletados foram do tipo quantitativo, gerados a partir do registro detalhado no preenchimento do formulário, e foram organizados por categorias para facilitar a interpretação dos resultados.

Para a efetivação das análises foram realizados, primeiramente, momentos de leitura livre dos dados para um conhecimento geral do resultado. Posteriormente, buscou-se identificar os temas mais significativos e recorrentes. A partir dessa identificação, procurou-se organizar os dados em categorias com vistas ao estabelecimento de conexões entre essas e os objetivos propostos pelo estudo, buscando aumentar a compreensão sobre o tema.

A busca ocorreu através dos descritores presentes banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – (Quadro 3).

Quadro 3: Descritores utilizados na pesquisa

Componentes	Categoria	Subcategoria
Organizacional	Municípios	
	Tipo de equipe	
Infra-estrutura	Planta física	
	Ambiência	
	Condições estruturais	
Atividades	Educação	
	Práticas Integrativas e Complementares	Tipos de práticas Ações para as práticas
	Apoio Organizacional	

3.5. Aspectos Éticos

O estudo não necessita de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

3.6. Análise dos Resultados

Os dados estão apresentados como média (desvio padrão), mediana e frequência de distribuição. Para as comparações das variáveis qualitativas foi utilizado o teste do Qui-quadrado e o teste exato de Fischer. Já a comparação entre as variáveis quantitativas foi realizada pela análise de variância e pelo teste *t* de student. O nível de significância aceito foi de 5%, utilizando os softwares Biostat 5.0 e Excel.

4.1. Perfil Social

Um total de 125 municípios paraenses foram incluídos no estudo (39 referente ao ciclo 2 e 86 referente ao ciclo 3), totalizando 86,8% (125/144) de municípios existente no Estado do Pará. As características basais dos municípios, de acordo com o seu perfil social, estrutura física e atividades estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Características basais dos municípios paraenses de acordo com o ciclo de análise

Características	% , n (Ciclo 2) (n = 39)	% , n (Ciclo 3) (n=86)
Total de municípios	27,08 (39)	59,72 (86)
Todos aceitaram participar?	100 (39)	100 (86)
Existe um responsável técnico?	89,74 (35)	81,39 (70)
Estrutura física		
Existem salas para reuniões?	82,05 (32)	87,20 (75)
As salas são privativas?	51,28 (20)	75,58 (65)
Educação Permanente		
Realiza educação permanente para todos os profissionais?	43,58 (17)	58,13 (50)
Atividades		
Realiza ações de Práticas Integrativas e /ou complementares e assistência farmacêutica?	89,74 (35)	93,02 (80)
Ocorre o apoio para o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares?	17,94 (7)	43,02 (37)

Conforme pode ser observado na Tabela 1, dos 144 municípios existentes no Estado do Pará, apenas 125 municípios obtinham dados para serem incluídos no estudo, com prevalência significativa no Ciclo 3 que obteve 59,72% (86/144) do total de município presentes. Todos os municípios aceitaram participar do estudo; apresentam boa estrutura física e realizam educação permanente com todos os profissionais que corroboram com suas as atividades. Em média, 91,38% ($\pm 2,31$) dos municípios realizam ações de Práticas Integrativas e/ou Complementares, porém, em

sua totalidade, o apoio para o desenvolvimento dessas atividades é baixo, média de 30,48% ($\pm 17,73$) - com um significativo aumento no Ciclo 3 - 43,02% (37/86).

4.2. Práticas Integrativas e Complementares (PIC)

No total, 125 municípios realizam as Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Destes, 39 correspondem ao Ciclo 2 e 86 são referentes ao Ciclo 3. A frequência das atividades realizadas são mostradas nas Tabela 2 e 3.

Tabela 2: Práticas Integrativas e Complementares realizadas nos 125 municípios analisados.

PIC's	% , n (Ciclo 2) (n = 39)	% , n (Ciclo 3) (n=86)
Medicina tradicional chinesa / acupuntura	7,69 (3)	Sd
Medicina tradicional chinesa / auriculoterapia	2,56 (1)	17,44 (15)
Medicina tradicional chinesa / práticas corporais (Tai chi chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná) e/ou mentais (meditação):	0 (0)	Nc
Plantas medicinais e fitoterapia	0 (0)	Nc
Homeopatia	0 (0)	Nc
Medicina antroposófica	0 (0)	Nc
Termalismo social / crenoterapia	2,56 (1)	Nc

*Nc: nada consta.

Tabela 3: Desenvolvimento de outras Práticas Integrativas e Complementares realizadas nos 125 municípios analisados.

PIC's	% , n (Ciclo 2) (n = 39)	% , n (Ciclo 3) (n=86)
Reiki	2,56 (1)	0 (0)
Yoga	0 (0)	9,30 (8)
17,Ayurveda	0 (0)	1,16 (1)
Florais	0 (0)	3,48 (3)
Do-in/Shiatsu/Massoterapia/ Reflexologia	2,56 (1)	11,62 (10)
Shantala	2,56 (1)	19,76 (17)
Talassoterapia	0 (0)	0 (0)
Biodança	0 (0)	5,81 (5)
Musicoterapia	0 (0)	17,44 (15)
Dança circular	5,12 (2)	17,44 (15)
Naturopatia	0 (0)	0 (0)
Terapia comunitária	10,25 (4)	11,62 (10)
Terapia com argila	0 (0)	1,16 (1)
Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo)	0 (0)	0 (0)
Arterapia	0 (0)	5,81 (5)
Osteopatia	Nc	8,13 (7)
Quiropraxia	Nc	3,48 (3)

*Nc: nada consta.

A Tabela 2 demonstra que a maior incidência do desenvolvimento das PIC foram realizadas durante o ciclo 2, totalizando apenas 12,81% do total de atividades. A medicina tradicional chinesa/acupuntura foi a que mais prevaleceu (7,69%), com apenas três municípios que desenvolvem e/ou desenvolveram esta atividade. O ciclo 3, a porcentagem de práticas realizadas foi de 17,44%, ou seja, 15 municípios realizam e/ou já realizaram esta atividade, sendo à prática da medicina tradicional chinesa/auriculoterapia a única a ser realizada.

A Tabela 3 demonstra a realização de outras PIC realizadas pelos 125 municípios, após a inclusão destas pela Portaria nº 145/2017, nº 849/2017 e nº 702/2018.

Houve um aumento significativo na porcentagem de práticas realizadas, sendo o ciclo 2, obtendo o índice de 23,05% e o ciclo o ciclo 3, 116,2% de avanço das atividades das PIC.

O desenvolvimento das PIC ocorre por diversos processos. Na Tabela 4, demonstra-se os principais meios que se dá essas ações.

Tabela 4: Demonstrativo das principais ações que se dá o desenvolvimento das práticas integrativas e complementares nos municípios estudantes durante o Ciclo 2 e 3.

Ações	% , n (Ciclo 2) (n = 39)	% , n (Ciclo 3) (n=86)
Consultas individuais dos profissionais do NASF	15,38 (6)	43,02 (37)
Consultas compartilhadas	10,25 (4)	13,95 (12)
Atendimento domiciliares	7,69 (3)	25,58 (22)
Grupos terapêuticos	10,25 (4)	37,20 (32)
Atividades de educação permanente nestes temas para a equipe	5,12 (2)	65,11 (56)

As consultas individuais dos profissionais do NASF demonstraram as principais ações realizadas (ciclo 2) nos municípios estudados, com 15,38% das atividades. As consultas compartilhadas e reuniões de grupos terapêuticos obtiveram o mesmo percentual (10,25%), seguido de atendimentos domiciliares (7,69%) e atividades de educação permanente (5,12%). O Ciclo 3, no geral, apresentou um grande crescimento comparado ao ciclo 2. As atividades de educação permanente junto a equipe que compõe o NASF, despertou um crescimento 59,99%, comparado ao ciclo 2. As consultas individuais dos profissionais do NASF (43,02%), reunião de grupos terapêuticos (37,20%) e os atendimentos domiciliares (25,58%) foram as atividades que mais despertaram interesse nos municípios estudados.

4.3. Guia de Conhecimento em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde – SUS.

O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) contempla sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002).

O objetivo deste guia (Anexo 1) é direcionar aos gestores do SUS e auxiliar aos profissionais defensores desta prática, um modelo de prática de inclusão e efetivação das PIC, facilitando, assim, o desenvolvimento dessas práticas de cuidado em seu território.

É válido ressaltar que não se trata de um modelo rígido e obrigatório, pois os municípios que se encontram em fases diversas de implantação poderão ajustá-los às suas necessidades, especificidades e realidade do território.

Esse estudo objetivou caracterizar a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde a partir do Programa Nacional de Melhoria e do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. É o primeiro estudo a descrever a inclusão da PIC na região norte do Brasil.

Desde a sua criação, há mais de 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) mudou o panorama da saúde no Brasil. Nessas mais de duas décadas, o sistema ampliou o acesso aos serviços, contribuiu para a redução de doenças, melhorou as condições sanitárias nacionais, aumentou a expectativa de vida do brasileiro e reorganizou a assistência à saúde. Mas a demanda é crescente. Hoje, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), somos mais de 200 milhões de brasileiros e, cerca de 150 milhões dependem, exclusivamente, do SUS para cuidar de sua saúde (PAIM, 2013).

A Constituição Federal garante, entre os seus princípios, que é direito de todos e dever do Estado o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação as saúde. Tendo em vista a dimensão continental, diferenças culturais e sociais e a má gestão do financiamento em muitos municípios brasileiros, o SUS enfrenta problemas e, de certa forma, compromete a prestação de serviços de saúde de forma integral a considerável parcela da população (MELO, 2017).

O uso das PIC reposiciona o paciente como centro do cuidado, fortalecendo as relações de vínculo usuário-profissional. Buscam meios terapêuticos simples e menos dependentes de tecnologias, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento, estimulando a autonomia do indivíduo e o centro do cuidado caracterizado pela saúde e não na doença (OLIVEIRA, 2011).

As características basais dos municípios incluídos no presente estudo (Tabela 1), concordam com o perfil epidemiológico em outros municípios brasileiros, onde destaca-se as transformações ocorridas nas últimas décadas na assistência farmacêutica no SUS e, reconhecem-se os avanços da organização e implementação da política de acesso a medicamentos no país e a importância do seu papel no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento tecnológico e como insumo essencial à produção de serviços de saúde. Porém, desafios precisam ser

superados, dentre eles, a integração das ações e serviços da assistência farmacêutica no modelo proposto para reestruturação do SUS, tendo como objeto não mais somente o medicamento como insumo essencial, mas a sua relação com o usuário, na busca da efetivação da assistência terapêutica integral aos usuários do SUS (TAVARES; PINHEIRO, 2014).

Neste estudo, observou-se que $85,56\% \pm 5,904$ das unidades avaliadas nos municípios paraenses dispunham do profissional farmacêutico (Tabela 1), mostrando um importante avanço no ponto de partida para uma assistência farmacêutica qualificada na atenção básica.

Em estudos realizados por Mendes et al. (2014) com dados do ciclo 1 do PMAQ-AB, evidenciou-se que apenas 20,1% das unidades básicas de saúde no Brasil que dispensam medicamentos dispunham do farmacêutico como parte integrante da equipe. Ao comparar-se com os resultados do ciclo 2 e 3, os quais trazemos neste estudo, é possível perceber um considerável aumento destes profissionais tão importantes para a operacionalização da Assistência Farmacêutica, porém, ainda, muito distante do ideal, a medida em que se pensa na assistência farmacêutica dentro de conceitos que cada vez mais trazem este profissional como fundamental no processo (MENDES et al., 2014).

Outros estudos identificaram baixos percentuais ou ausência da presença do farmacêutico nos serviços de atenção básica de três regiões brasileiras, demonstrando o avanço dos achados desta pesquisa (NAVES; SILVER, 2005; FREITAS; NOBRE, 2011; VEBER et al., 2011; VIEIRA; CRUZ; CUNHA, 2012; SIMÃO; BATISTA, 2016). Em estudos desenvolvidos por Moura (2010) na assistência farmacêutica da atenção básica de municípios do Amazonas, dos 62 municípios avaliados, em 49 havia a presença do profissional farmacêutico na operacionalização do ciclo da AF, porém, não especificando sobre a capilarização destes profissionais em cada unidade básica de saúde.

Estudos realizados no Estados Unidos da América (EUA) sobre a importância do profissional farmacêutico na assistência direta ao usuário mostrou resultados significativamente favoráveis quanto ao aumento da adesão ao tratamento, diminuição de efeitos adversos ao medicamento, bem como o aumento do conhecimento do usuários as ações complementares ao uso da medicação, a fim de potencializar seus

efeitos. Assim, incorporar este profissional aos serviços de saúde onde acontecem a AF é elemento fundamental para o melhoramento dos mesmos (CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

A disponibilidade de estruturas adequadas nos serviços de saúde criam condições básicas para que se alcance um bom desempenho nos aspectos relacionados ao processo e aos resultados da assistência prestada aos usuários. Portanto, faz-se necessário ampliar a investigação e a discussão sobre as condições da organização e estrutura das unidades básicas de saúde para atender os pacientes e/ou usuários do sistema público de saúde (STARFIELD, 2002).

Pelas informações prestadas, verificou-se que, no Ciclo 2, dos 39 municípios analisados - 82,05% (32) possuíam salas para os profissionais de saúde se reunirem e planejarem suas ações voltadas aos usuários, porém apenas 51,28% (20) eram salas privativas. Consideravelmente, no Ciclo 3, houve um grande avanço. Quanto a estrutura física eles apresentaram 87,2% (75) e 75,58% (65), respectivamente, comparando-se, aos mesmos quesitos visualizados no Ciclo 2 (Tabela 1).

As características básicas da estrutura são relativamente estáveis e funcionam para produzir atenção e é atributo do ambiente. Isto significa que a característica estrutural dos lugares onde é oferecida a atenção em saúde tem uma propensão de influenciar sobre o processo de atenção, diminuindo ou aumentando sua qualidade (SCHOLZ et al., 2015).

Os resultados da variável “Educação Permanente”, (Tabela 1), considerada em suas diferentes combinações de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, corroboram com a organização de serviços de atenção primária a saúde, segundo a qual a integralidade constitui eixo estruturante, visto que as UBS buscam construir uma relação com a população do território e usuários que lhes permita o reconhecimento como referência para atenção à saúde, que apreenda e responde às necessidades de saúde de forma abrangente e contextualizada (MATOS, 2004; CAMPOS, 2002; SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 1996).

Conforme observado no estudo, a prática de educação permanente ocorre, porém, ainda é escasso frente aos municípios. Sabe-se que, o acompanhamento de processos de capacitação de trabalhadores de saúde demonstra que o aspecto menos desenvolvido é a avaliação (DAVINI, NERVI, ROSCHKE, 2002), e os estudos que contribuem nessa direção apontam a fragilidade do impacto das capacitações na

qualidade dos serviços de saúde (VIANA et al., 20; MERHY, FEUERWERKER, CECIM, 2006; PEDUZZI et al., 2006; TORRES, ANDRADE, SANTOS, 205; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Assim, destaca-se a implantação de Educação Permanente em Saúde (EPS) como política nacional para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde (SCHOLZ et al., 2015).

Nas últimas décadas, o interesse da população mundial por Práticas Não-Convencionais em Saúde (PNCS) vem aumentando substancialmente, estimulando os órgãos gestores de saúde mundial – como a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) – e de diversos países à implementação e ao desenvolvimento de medidas que visem a corresponder aos anseios da sociedade nessa área (TEIXEIRA, 2005; PAGLIARO; LUZ, 2001).

Inicialmente, a PNPC contavam com cinco PIC em suas diretrizes para serem empregadas no SUS com o intuito de promover a recuperação, a manutenção e a prevenção da saúde dos usuários, além da cura de algumas doenças, são elas: a medicina tradicional chinesa/acunputura; a homeopatia; as plantas medicinais/fitoterapia; o termalismo/crenoterapia; e a medicina antroposófica. Entretanto, ao reconhecer a crescente utilização de outras práticas baseadas em conhecimentos tradicionais terapêuticos à PNPC, por meio da Portaria 849/2017 e da Portaria nº 702/2018, com as medidas, o SUS passou a ofertar, atualmente, 29 dessas práticas (BRASIL, 2017; BRASIL 2018).

As PIC, em geral, podem ser vistas como uma importante estratégia de assistência à saúde, especialmente por considerarem a pessoa em sua integralidade, diferenciando-se do modelo biomédico. A procura pelas PIC dá-se na maioria das vezes, por motivos complexos, que envolvem desde fatores como o baixo perfil de efeitos adversos, passando pelo efeito natural de estímulos à cura de dentro para fora; pela busca de complementação do tratamento alopático; pelo acolhimento e escuta qualificada realizada durante a consulta; assim como, pela compatibilidade de tais práticas com os valores, as crenças e a filosofia de saúde e de vida do usuário. Além

disso, elas podem ser percebidas como um potencial para redução do consumo de medicamentos (SILVA et al., 2013).

Tesser (2009) ressalta ainda que os motivos que levam os usuários a procurar tais tratamentos podem estar associados a fatores socioeconômicos importantes. Em países pobres a cultura local, o fácil acesso às práticas alternativas, o alto custo da medicina convencional e a pouca oferta de recursos biomédicos, facilitam a procura pela medicina complementar. Entretanto, em países ricos, a insatisfação com o modelo biomédico e os próprios benefícios das PIC são os fatores que incentivam essa procura.

Diante do exposto, observamos uma baixa adesão no uso das PIC nos municípios estudados. Houve, o predomínio da medicina tradicional chinesa (7,69% - Ciclo 2; 17,44% - Ciclo 3); Terapias Comunitárias (10,25% - Ciclo 2; 11,62% - Ciclo 3); Do-in/Shiatsu/ Massoterapia (11,62% - Ciclo 3); Shantala (19,76% - Ciclo 3); Musicoterapia e Dança Circular (17,44% - Ciclo 3). Observamos um breve aumento sobre as práticas das PIC nos Ciclos estudados, mesmo assim, sabemos que ainda estamos longe de atingir o ideal, mesmo com todos os avanços, está prática ainda precisa de muitos incentivos para ser praticada e aderida junto ao sistema (THIAGO et al., 2011).

Embora os mecanismos de ação dessas práticas ainda não estejam totalmente claros e, por vezes, inconclusivos, os seus benefícios têm sido demonstrado em diferentes estudos, para diferentes enfermidades. Com isso, a adesão a esses tratamentos é cada vez maior, de forma que 80% dos 129 países membros da OMS já reconheceram as PIC como um tratamento de saúde (NAGAI et al., 2011).

Em alguns estudos, a utilização da fitoterapia e da homeopatia aparecem em evidência. A acupuntura foi investigada de modo isolado apenas por Silva e Tesser (2013). Entretanto, tanto a homeopatia quanto a acupuntura, mesmo nos estudos que analisaram várias práticas em conjunto, se destacaram como aquelas que apresentaram maior adesão pelos usuários e maior oferta pelos serviços (SILVA;TESSER, 2013; THIAGO et al., 2011; ISCHKANIAN et al., 2012). Esse fato vai ao encontro de dados apresentados em nosso estudo, onde apenas à prática da acupuntura foi demonstrado nos municípios catalogados (BRASIL, 2009).

Uma vez que a atenção básica à saúde (ABS) é a porta de entrada do usuário para a rede de atenção a saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica

(PNAB), é possível inferir que esse nível de atenção constitui e/ou deverá construir, *locus* privilegiado para a implementação das PICs no sistema público de saúde brasileiro. De fato, dados do MS apontam que as PICs são ofertadas, em sua grande maioria, nos serviços de atenção básica (OTANI; BARROS, 2011).

Um estudo recente, realizado em Florianópolis – SC/BR, apontou que normalmente os profissionais da atenção básica incentivam o uso das PIC ainda durante a consulta com o paciente e iniciam o tratamento logo que possível, muitas vezes durante a própria consulta. Nesse sentido, o tratamento com as PIC pode se configurar, em alguns casos, como a abordagem inicial, sendo o tratamento convencional a segunda opção, se necessário, ou complementar à abordagem das PICs. Além disso, a disponibilidade das PIC nos serviços de atenção básica pode promover um maior diálogo dos profissionais com os usuários sobre qual terapia usar, a convencional ou as PICs, e isso pode ter efeito positivo neste contato (GERHARDT et al., 2016).

Para o uso das PIC no SUS, os recursos humanos são essenciais. Nesse contexto, a formação profissional é considerada como uma importante lacuna para o sucesso da implementação das práticas. O desconhecimento da PNPIC, bem como das terapias abordadas na política dificulta a adesão, tanto de profissionais quanto dos serviços, na oferta das práticas. Em nosso estudo, a educação permanente apresentou índices médios de inclusão/efetividade (HABIMORAD, 2015). Por isso, a incorporação do guia proposto neste estudo (Anexo I), será de grande importância em prol da melhoria deste processo.

No Brasil, além de médicos, outros profissionais de saúde, como enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros, são habilitados para o uso de diversas práticas estimuladas pela política. Porém, a baixa adesão a especializações na área das intervenções complementares e a deficiência no ensino sobre as finalidades do uso das PIC, durante a formação, impedem melhor aperfeiçoamento dos profissionais da saúde, embora muitos demonstrem interesse na capacitação e concordância com o uso das práticas nos serviços (BESSA; OLIVEIRA, 2012).

Um das principais dificuldades apontadas pelos gestores para a implantação dessas terapias é a resistência por parte de alguns profissionais de saúde, atribuída a excasas de evidências científicas e a falta de apoio logístico e estrutural da gestão local. Considera-se, portanto, este um importante problema, visto que a atitude

positiva dos profissionais em relação a essas práticas é relevante para o estímulo no uso das PICs pelos usuários (TELESI, 2016).

Outro fato que chama a atenção está relacionado à expansão das PIC no SUS. Entretanto, esse aumento foi mais expressivo a partir da aplicação das práticas por profissionais não médicos, o que exige de outros membros da equipe a ampliação do conhecimento sobre os tratamentos complementares e a conquista do espaço para a utilização de tais práticas (TELESI, 2016). Para isso, é importante e necessário o apoio e incentivo dos gestores na oferta desses recursos, de modo a resgatar a dimensão humanística do atendimento à saúde (MINAYO, 2014). Esse fato pode justificar o aumento da realização das atividades no Ciclo 3 (Tabela 3).

Todas as ações desenvolvidas para a PIC (Tabela 4), foram atribuídas a vários fatores, dentre elas: consultas individuais, compartilhadas; atendimento domiciliares, reunião de grupos terapêutica e atividades de educação permanente. Apesar do aumento no uso das PIC nos últimos anos, o seu potencial terapêutico e suas contribuições para saúde ainda são pouco explorados no SUS. Mesmo que o MS tenha avaliado de modo positivo esse aumento, existem lacunas, como a avaliação das PIC nos serviços e melhor acompanhamento do impacto causado pela política (SOUSA et al., 2019).

Além disso, a preeminência do modelo biomédico atual somado à tendência mercadológica na área da saúde, que transforma os saberes e prática em mercadorias, pode ser uma importante limitação nos avanços esperados para essa prática. Desse modo, existe o desafio de aprofundar o cuidado em um modelo integral de assistência, superando a supremacia da lógica de serviços baseados na biomedicina (LUZ; BARROS, 2012)

As duas principais limitações do estudo foram: 1) o pequeno número de municípios estudados, provavelmente devido ao processo de catalogação por parte do MS; 2) Outros dados poderiam ser obtidos de acordo com a tabela do PMAQ, como: Dados do Ciclo 1 (inexistentes para a região norte).

Esse estudo permitiu caracterizar a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. É o primeiro estudo a descrever essa avaliação no estado do Pará.

Após a realização do presente estudo concluiu-se:

- ✓ As características basais dos municípios incluídos no presente estudo concordaram com o perfil epidemiológico dos municípios brasileiros.
- ✓ A Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura e Auriculoterapia, foram as práticas que mais apareceram em evidência nos ciclo 2 e 3, respectivamente.
- ✓ Após as publicações das Portarias nº 145/2017, nº 849/2017 e nº 702/2018, houve um aumento significativo na porcentagem de práticas realizadas, tendo um avanço de 23,05% e 116,2% no ciclo 2 e 3, respectivamente.
- ✓ As consultas individuais dos profissionais da saúde no NASF desperta a principal ação realizada nos municípios analisados.
- ✓ O guia de conhecimento em práticas integrativas e complementares, se utilizado de maneira eficaz, poderá favorecer o conhecimento profissional, resultando no aumento dos índices e/ou adesão no uso das Práticas no Sistema Único de Saúde.

ACURCIO, FA; et al. Satisfação dos usuários com os serviços da assistência farmacêutica na atenção básica nos municípios brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:21s. [https://doi.org/10.11606/S01518-8787.2017051007145adulto:programa e ações na unidade básica](https://doi.org/10.11606/S01518-8787.2017051007145adulto:programa_e_ações_na_unidade_básica). São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

ALENCAR, TOS; NASCIMENTO, AA. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939-3949, 2011.

ÁLVARES, J; ALVES, MCGP; ESCUDER, MML; ALMEIDA, AM; IZIDORO, JB; GUERRA JUNIOR, AA. . Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. **Rev Saude Publica**. 51 Supl 2:4s, 2017.

ÁLVARES, J; GUERRA JUNIOR, AA; ARAÚJO, VE; ALMEIDA, AM; DIAS, CZ; OLIVEIRA, BA. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Apoio à Saúde da Família - NASF. **Rev Saude Publica**. 51 Supl 4:4s, 2017.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2014

ARAÚJO, ALA. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a10v13s0.pdf>> Acesso: 10 agosto 2020.

BARRETO JL, GUIMARÃES MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2019;26(6):1207-20.

BARROS, NF. Política de práticas integrativas e complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2016;11(3):850.

BERTOLDI, AD; et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p. 1s-11s, 2016.

BESSA, JHN; OLIVEIRA, DC. O uso da terapia reiki nas Américas do Norte e do Sul: uma revisão. **Rev Enferm UERJ**. 2012 dez;21(Esp. 1):660-64. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a17.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso. Brasília: MS; 2009. [Informes da Atenção Básica N° 53].

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à 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, 2018; 22 março.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa da União*, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2015

BRUNS, SF; LUIZA, VL; OLIVEIRA EA. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev Adm Publica**. 2014;48(3):745-65.

CAMPOS, GWDS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>> Acesso em: 25 setembro. 2020.

CANABARRO, IM; HAHN, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, p. 345-355, 2019.

CARVALHO, ALB; SOUZA, MF; SHIMIZU, HE; SENRA, IMVB; OLIVEIRA, KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Cienc Saude Coletiva**. 2012;17(4):901-11.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea/Consórcio Medicina USP, 2008.

CHISHOLM-BURNS, M; et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical Care**, v. 48, n. 10, p. 923-933, 2010.

COSTA, EA; ARAÚJO, OS; PEREIRA, MT; SOUTO, AC; SOUZA, GS; GUERRA JUNIOR, AA. Situação sanitária dos medicamentos na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:12s.

COSTA, KS; et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2016. 85

COSTA, KS; NASCIMENTO, JR. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 91-99, 2012.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.) Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. **Rio de Janeiro: IMS**, 2011.

CUNHA, CR. Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros no período de 2009 a 2012. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. **Dissertação** (Mestrado em Ciências/Área de Saúde Coletiva), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, 2014. .

DAVID, GC; SHIMIZU, HE; SILVA, EN. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 232-245, 2015.

DAVINI, M.C.; NERVI, L.; ROSCHKE M.A. Capacitación del personal de los servicios de 2017. Política Nacional de Atención Básica (PNAB). Diário Oficial da União, Poder Executivo, de Atenção Básica: estudos avaliativos

DUGAN, DeeAnn B. Enhancing community pharmacy through advanced pharmacy practice experiences. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Biddeford, v. 70, n. 1, p. 1-4, 2006.

ELROD, Shara; et al. Practice change in community pharmacy: a case study of multiple stakeholders' perspectives. **Innovations in Pharmacy, Minnesota**, v. 3, n. 3, p. 1-6, 2012.

ESCOREL, S; et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2017.

FREITAS, JMSM; NOBRE, ACL. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça-CE. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 15-20, 2011.

GADELHA CAG; COSTA KS; SOEIRO OM; MENGUE SS; CARVALHO ACC; MOTTA ML; et al. PNAUM: uma abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia & Inovação. **Rev Saude Publica**. 2016;50 Supl 2:3s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006153>

GERHARDT, TE, BURILLE, A, MULLER, TL. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, 2017.

SILVA JR, AGS. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ ABRASCO; 2016. p. 27-97. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>

GERLACK, LF; KARNIKOWSKI, MGO; AREDA, CA; GALATO, D; OLIVEIRA, AG; ÁLVARES, J; et al. Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:15s.

HABIMORAD, PHL. Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/139384/000858853.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

IBGE. Sinopse dos resultados do censo 2010. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>. Acesso em: 3 set. 2020. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.).

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc**. 2011;20(4):867-74.

LEITE, SN; MANZINI, F; ÁLVARES, J; GUERRA JUNIOR, AA; COSTA, EA; ACURCIO, FA; et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: análise dos dados da PNAUM – Componente serviço. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:13s.

LUZ, MT; BARROS, NF. organizadores. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012.

MELO, MFGC. Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. **Cienc Saude Coletiva**. 2010;15(5):2297-305.

MENDES, SJ; MANZINI, F; FARIAS, MR; LEITE, SN. Gestão da Assistência Farmacêutica: avaliação de um município catarinense. **Rev Eletron Gestão Saude**. 2015

MENDES, LV; ET AL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 109-23, 2014.

MENDES, S. J. et al. Gestão da assistência farmacêutica: avaliação de um município catarinense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 6, n. 1, p. 4-29, jan. 2015.

Ministério da Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2018.

MOTA, D.M; et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2205: retrato de uma década. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 61-70, jan. 2012.

MOURA, AC. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 39-42, 2010.

NAGAI, SC; QUEIROZ, MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Cien Saude Colet** 2011; 16(3):1793-1800.

NAKAMURA, CA.; LEITE, SNA construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1.565-1.572, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1565.pdf>>. Acesso em: 25 Set 2020.

NASCIMENTO, R; ALVARES, J; GUERRA JUNIOR, AA; GOMES, IC; COSTA, EA; SOEIRO, OML ET AL. Disponibilidade de medicamentos essenciais na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**. 2017;51 Supl 2:10s.

NAVES, JOS; SILVER, LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

OLIVEIRA, DPR. Estrutura organizacional: uma abordagem para resultados e competitividade. **São Paulo**: Atlas; 2006.

OLIVEIRA, AB; et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 409-413, 2005.

OLIVEIRA, DR. *Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa, compreendendo o conceito, humanizando o cuidado e revolucionando a prática*. **São Paulo**: RCN Editora, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. La farmacovigilancia: garantía de seguridad en uso de los medicamentos. **Genebra**: Organización Mundial de la Salud, 2018.

OTANI, MAP; BARROS, NF. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2011 mar; 16(3): 1801- 11.

PAIM, JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica** 2013; 29(10):1927- 1953.

PARANAGUÁ, TT; BEZERRA, ALQ; SOUZA, MA; SIQUEIRA, KM. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev Enferm UERJ**. 2009 jan-mar;17(1):75-80.

PERINI, E; MODENA, C.M; RODRIGUES., R.N; et al. Consumo de Medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema de epidemiologia. **Rev. Ciênc. Farm.** v. 20, p. 471-488, 2019.

PINTO JÚNIOR, EP; et al. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da estratégia e saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 268-278, jan./ mar. 2015.

Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 (BR). 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 União, Brasília (DF), 28 mar 2017: Seção 1:68. Publica, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

ROBERTS, AS; et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Australia. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, New York, v. 1, n. 4, p. 546-564, 2005.

ROZENFELD, S. Farmacovigilância: elementos para discussão e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 237-263, 2018.

SALOMÃO, AJ. Automedicação. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 47, n. 4, Editorial, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17 Set., 2020.

SCHOLZ, S; NGOLI, B; FLESSA, S. Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities – a relevant instrument for health care systems management. **BMC Health Serv Res** 2015; 15:183.

SILVA, EDC; Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cad Saude Publica** 2013; 29(11):2186-2196.

SIMÃO, RWTS; BATISTA, AM. Armazenamento de Medicamentos em Unidades Básicas de Saúde de Macaíba, RN, Brasil. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 28, n. 1, p. 40-46, 2016.

SIR, S; et al. Barriers for implementation of pharmaceutical care practice in community pharmacies in Sudan. **Khartoum Medical Journal**, Khartoum, v. 7, n. 1, p. 921-931, 2014.

SOUSA, IMC; BODSTEIN, RC; TESSER, CD; SANTOS, FAZ; HORTALE, VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad Saude Publica** [online]. 2019.

TELESI, Jr E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud Av.** 2016;30(86). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.

TESSER CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad Saude Publica** 2009; 25(8)1732-1742.

THIAGO SCS; TESSER CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev Saude Publica** 2011; 45(2):249-257.

TORRES, M.M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C.B. Punção venosa periférica: avaliação de UEMA, Sonia A. et al. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. **Pharmacy World and Science**, Zuidlaren, v. 30, n. 3, p. 211-215, 2008.

VEBER, Ana Paula et al. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.

VIEIRA, FS; ZUCCHI, P. Gestão da assistência farmacêutica: análise da situação de alguns municípios. **Tempus Actas Saude Coletiva**. 2014;8(4):11-29.

VIEIRA FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(2):149–56.

VIEIRA, AMP; CRUZ, APF; CUNHA, VF. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde do município de Parnamirim-RN. CATUSSABA-ISSN 2237-3608, v. 2, n. 1, p. 35-50, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medicine strategy: framework for action in essential drugs and and medicines policy 2000-2003. Geneva: WHO, 2000.

Anexo 1 – Guia de Aperfeiçoamento em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde – SUS.

**GUIA DE CONHECIMENTO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES (PIC) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -
SUS**

1. INTRODUÇÃO

O campo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) contempla sistemas de saúde complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento de vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2015).

Pensando em diferentes estratégias de atenção em saúde e baseado no conhecimento técnico-científico, respeitando valores éticos e com anuência dos conselhos de classe profissional e Ministério da Saúde, selecionamos um conjunto de orientações sob o olhar das práticas integrativas e complementares, proporcionando qualidade nas informações e “ferramentas” milenares para orientar, prevenir e tratar de forma coadjuvante os pacientes e suas demandas.

2. AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC)

2.1 Em relação à Fitoterapia

A fitoterapia é a utilização de fármacos vegetais extraídos de plantas medicinais, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática curativa ou paliativa.

Os fitoterápicos apresentam diferentes formas farmacêuticas. Exemplos: extrato seco, fluido, tintura, glicólico e rasuras para chá.

É importante salientar que plantas podem provocar efeitos adversos e causar alergias; não é porque é natural que não faz mal. As plantas também podem interagir com medicamentos e até mesmo com outras plantas. Adquirir plantas de preferência em farmácias de manipulação ou se for *in natura*, de fornecedores idôneos.

Neste contexto de orientação, adotamos o uso mais convencional e popular das plantas, o “chá”, por isso, seguiremos com mais algumas explicações.

- **Modo de Preparo:**

Utilizamos a dose de 3g da rasura da planta (1 colher de sopa) para 200 mL/250 mL de água. O uso está contraindicado para crianças abaixo de 2 anos, grávidas, puérperas e lactantes. Em crianças acima de 2 anos, diminua a dose para $\frac{1}{4}$ da dose padrão descrita anteriormente.

Há duas maneiras de fazer chá: decocção ou infusão.

1. **Decocção** – é a preparação que consiste na ebulição (fervura) da droga vegetal em água potável por tempo determinado (aproximadamente 5 minutos). O método é indicado para partes de drogas vegetais com consistência rígida, tais como cascas, raízes, rizomas, caules, sementes e folhas coriáceas.
2. **Infusão** – é a preparação que consiste em verter água fervente sobre a droga vegetal e, em seguida, tampar ou abafar o recipiente por tempo determinado (aproximadamente 5 minutos). O método é indicado para partes de drogas vegetais de consistência menos rígida tais como, flores e frutos, ou que contenham substância ativa voláteis, Figura 1.



Figura 1: Método de Preparo por infusão. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

- **Padrões de Equivalência**

Tabela 1: Tabela de padrões de equivalência por utensílios em mL, gotas e gramas.

	mL	Gotas	Gramas (g)
1 colher de sopa	15	30	3
! colher de Sobremesa	10	20	2
1 colher de chá	5	10	1
1 colher de café	2,5	5	0,5
1 cálice	30		
1 xícara de café	50		
1 xícara de chá	150/200		

Fonte: Rosa et al., 2011.

2.1.2 Fitoterápicos por patologia

2.1.2.1 Plantas com Propriedades Antigripais e Expectorantes

a. Tanchagem/ Plantago Major

Parte utilizada: folhas e sementes.

A infusão é usada para minimizar dor de garganta e tosse.



Figura 2: Tanchagem/Plantago major. Fonte: Rosa et al., 2011.

b. Poejo, poejo miúdo/Cunila microcephala

Parte utilizada: toda a planta.

A infusão ou decocção é utilizada para sintomas virais e amenizar tosse.



Figura 3: Poejo, poejo miúdo/Cunila microcephala. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

c. Guaco/*Mikania glomerata*, *M. laeviata*, *M. cordifolia*

Parte utilizada: toda a planta.

A infusão tem ação expectorante e broncodilatadora.



Figura 4: Guaco/*Mikania glomerata*, *M. laeviata*, *M. cordifolia*. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

d. Manjeriço ou *Ocimum americanum* (de folha miúda) e a *Ocimum basilicum* (folhas largas)

Parte utilizada: folhas

Em infusão são utilizadas para amenizar tosse e rouquidão



Figura 5 – Manjeriço ou *Ocimum americanum* (de folha miúda) e a *Ocimum basilicum* (folhas largas). **Fonte:** Rosa et al., 2011.

e. Malva/ Malva sylvestris

Parte utilizada: raiz, folhas e flores.

Na decocção ou infusão o chá é recomendado para gripes e resfriados.



Figura 6: Malva/ Malva sylvestris. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

f. Mastruz rasteiro/Coronopus didymus.

Parte utilizada: folhas, flores e sementes.

Na decocção ou infusão o chá é recomendado para gripes e resfriados.



Figura 7: Mastruz rasteiro/Coronopus didymus. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

g. Gengibre/*Zingiber officinale*

Parte utilizada: rizoma

Na decocção o chá é recomendado para afecções respiratórias com ação expectorante e antitussígena, também é um excelente composto para fórmula de enxague bucal, por apresentar ação anti-inflamatória e antiviral.



Figura 8: Gengibre/*Zingiber officinale*. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

h. Alho/*allium sativum*

Parte utilizada: bulbo

Na decocção apresenta propriedades antissépticas e antibacterianas



Figura 9: Alho/*allium sativum*. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

2.1.2.2 Plantas com propriedades antigripais e auxiliam no tratamento da imunidade, ansiedade e melhoram o sono.

a. *Lippia alba*/ cidreira-brava

Parte utilizada: folhas e flores.

Na infusão são utilizadas para amenizar ansiedade e induzir o sono.



Figura 10: *Lippia alba*/ Cidreira-brava. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

b. *Melissa officinalis*

Parte utilizada: folhas

A infusão é usada para aliviar sintomas de ansiedade como palpitações e também usada para amenizar sintomas gripais.



Figura 11: *Melissa officinalis*. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

c. Capim-limão ou erva-cidreira/ *Cymbopogon citratus*

Parte utilizada: folhas e rizoma

Na decocção ou infusão, tem ação analgésica, sedativo, antitussígena, antifebril.



Figura 12: Capim-limão ou erva-cidreira/ *Cymbopogon citratus*. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

d. Laranja amarga/ *Citrus aurantium*

Parte utilizada: flores e fruto (casca)

Na decocção ou infusão tem ação sedativa e antitussígena



Figura 13: Laranja amarga/ *Citrus aurantium*. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

2.2 Em Relação à Aromaterapia

O metabolismo das plantas pode ser dividido didaticamente em primário e secundário e é no metabolismo secundário, que encontramos os princípios ativos, são eles que dão as plantas a conotação de medicinal, “os fármacos vegetais”. – O óleo essencial é um destes compostos e tem ação bactericida, antisséptica com propriedades relaxantes e modulador do sistema imunológico.

Podem ser utilizados em difusor de ambientes, escalda pés, inalação, cremes de massagem e automassagem e serão escolhidos pela sua ação terapêutica combinada com conceitos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

a. Alecrim/ *Rosmarinus officinalis*

Uso/indicação: analgésico principalmente dores musculares e articulares, sedativo, antiespasmódico. Ótima combinação na indução de sono com a *Valeriana officinalis* e *Lippia alba*.

Na MTC apresenta sabor amargo e levemente picante, sua natureza é morna ativando a circulação de Xue (sangue) eliminando o frio e umidade.



Figura 14: Alecrim/ *Rosmarinus officinalis*. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

b. Canela/Cinnamomum zeylanicum

Uso/indicação: a canela é uma especiaria anti-inflamatória, antioxidante e indicada nas afecções gastrointestinais e respiratórias.

Na MTC seu sabor é doce e picante e sua natureza é quente, seu chá feito das lascas dissipa frio, aquece o corpo, favorece o Qi (energia).



Figura 15: Canela/ Cinnamomum zeylanicum. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

c. Erva doce/Pimpinela anisium

Uso/indicação: sedativa, diurética, cicatrizante e indicada para afecções respiratórias.

Na MTC a erva doce é considerada de natureza morna e sabor picante. Reforça o Yang e o Qi (energia), reduz o Yin, expele o frio, aquece os rins, remove estagnação de Xue (sangue).



Figura 16: Erva doce/Pimpinela anisium. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

d. Hortelã Pimenta/ Mentha piperita

Uso/Indicação: analgésica, antisséptica e recomendado para afecções respiratórias.

Na MTC é considerada de natureza fresca e sabor picante, ela refresca, regula o Yang, remove estagnação, melhoram estados febris.



Figura 17: Hortelã Pimenta/ Mentha piperita. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

e. **Salvia/Salvia officinalis**

Uso/indicação: anti-inflamatório, afecções respiratórias

Na MTC é considerado de sabor picante, levemente amarga e fresca. Auxilia e dissipa calor e umidade.



Figura 18: Salvia/Salvia officinalis. **Fonte:** Rosa et al., 2011.

2.3 Em relação à medicina tradicional chinesa

A acupuntura, é uma das técnicas da MTC, sendo uma prática complexa, que não se resume a função de pontos e seus meridianos. Sua prática é dotada de mecanismo de ação e de estudos aplicados a ciência baseada em evidência que iniciou de forma empírica há milhares de anos no oriente.

Ressalta-se que acupressão e a massagem circular nestes locais, irão minimizar os sintomas de desconforto.

a. E36 – Zusanli

Com a acupressão ou movimentos circulatorios no local tem amplo espectro de ação, alivia o estresse, melhora a respiração, diminui processos inflamatórios e alérgicos, melhora estado de debilidade, esgotamento, é um ponto de tonificação e imunomodulador.

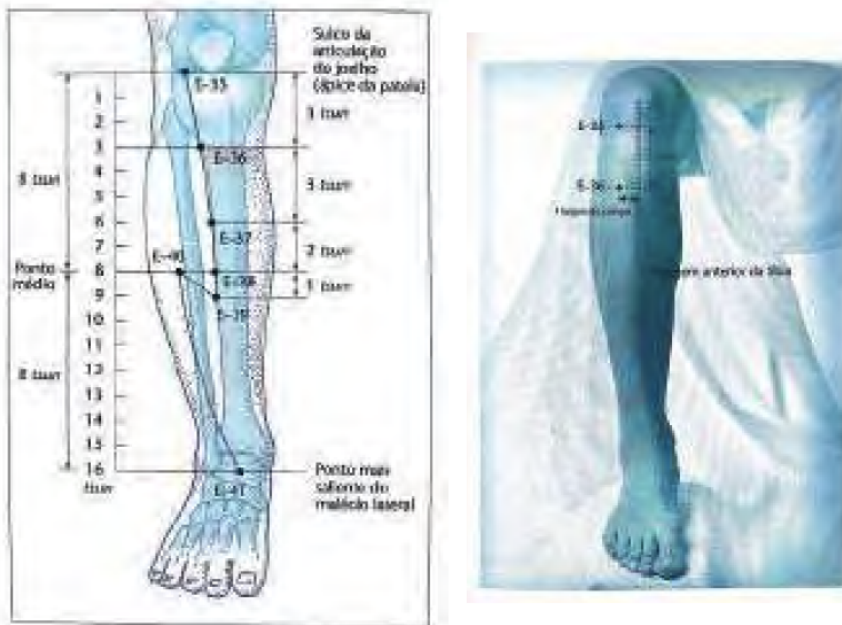


Figura 19: Zusanli

b. IG11 – Quchi

Com a acupressão ou movimentos circulatorios no local, alivia sintomas de processos inflamatórios das vias aéreas superiores e inferiores, ponto com ação homeostática e imune estimulante.

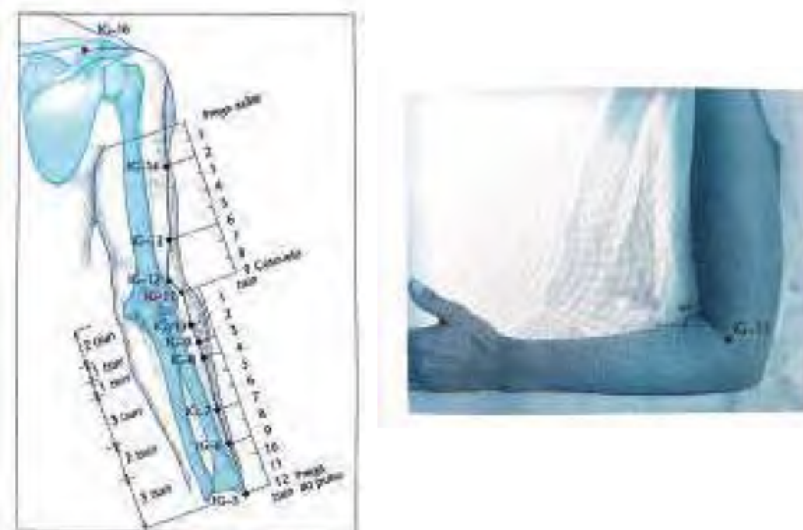


Figura 20: Quchi.

c. PC6 – Neiguan

Com a acupressão ou movimentos circulatorios no local, melhora estados de ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, déficit de memória causadas pelo estresse, alivia palpitações e dores torácicas.

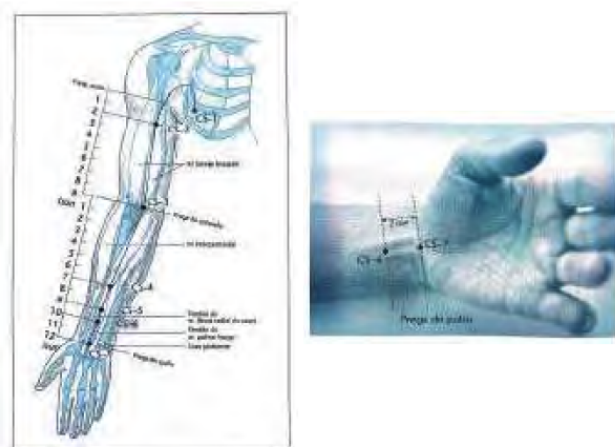


Figura 21: Neiguan.

d. E40 – Fenglong

Com a acupressão ou movimentos circulatorios no local, alivia sintomas de processo inflamatório em vias aéreas superiores e inferiores, também indicado para perturbações psíquicas como ansiedade, medo e tristeza.

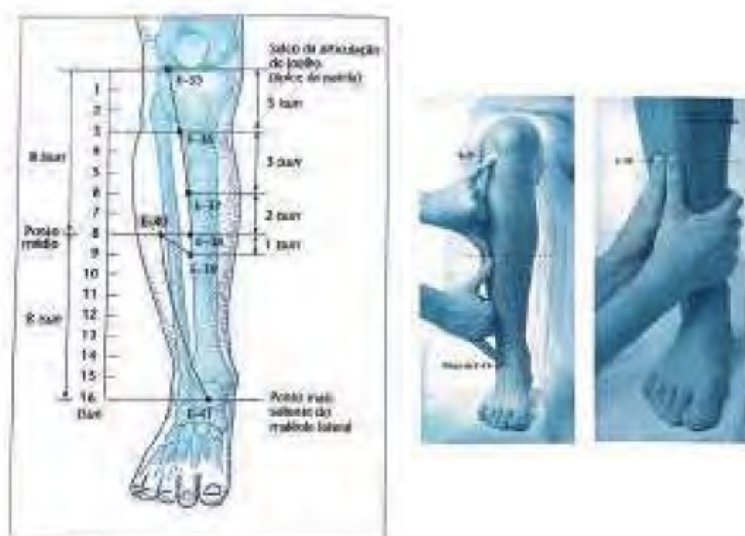


Figura 22: Fenglong.

2.4. Em relação a práticas corporais

Lian Gong, Qi Gong, Tai Chi e Yoga são práticas de exercícios que fazem mobilização de membros e circulação Qi (energia), Xue (sangue), Jin Ye (líquidos corpóreos), equilibrando mente, corpo e espírito.

a. Shen (Espírito/Mente)

Shen é a mente, espírito ou consciência. Dentro da concepção oriental, reside no coração (Xin), é o que confere a vitalidade, saúde mental e a força da personalidade. Pode ser percebido através do “brilho dos olhos”, determina o sono e o estado emocional do indivíduo.



Figura 23: Shen (Espírito/Mente).

2.5. Em relação à Meditação

Relacionada a concentração, atenção, interiorização e respiração, a meditação realizada diariamente pode trazer benefícios intrínsecos, melhorando o conjunto de estímulo/resposta, ação/reação em circunstância inesperada e imprevista.

Com a prática da meditação você encontra dentro de si as respostas que busca na sua volta. Ela é um encontro com nós mesmos. Com a nossa essência.

Praticar meditação age na prevenção da ansiedade, depressão, síndrome do pânico, insônia, estresse, fadiga, indisposição, cansaço físico, etc. Esta prática ajuda a aumentar o seu nível de produtividade, protege e fortalece contra as doenças.

3. REFERÊNCIAS

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. 2. ed. Brasília, 2015.

Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Serviços de Saúde. [2017a]. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>> Acesso em: 25 nov 2020.

Ministério da Saúde. Estratégia e-SUS Atenção Básica. [2017b]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php> Acesso em: 25 nov 2020.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde SUS. [2017c]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>> Acesso em: 25 nov 2020.

Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares. [2017d]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>> Acesso em: 25 nov 2020.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). [2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php Acesso em: 25 nov 2020.

Ministério da Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. [2017e]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> Acesso em: 25 nov 2020.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). [Portal]. 2017. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/>> Acesso em: 25 nov 2020.

ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Janeiro 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2021.