

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rafaela Duailibe Soares

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO MARANHÃO**

São Luís  
2019

Rafaela Duailibe Soares

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da  
Família, da Universidade Federal do  
Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Judith Rafaelle  
Oliveira Pinho

**Linha de Pesquisa:** Atenção e Gestão do  
Cuidado em Saúde.

São Luís  
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Duailibe Soares, Rafaela.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO MARANHÃO /  
Rafaela Duailibe Soares. - 2019.

59 p.

Orientador(a): Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Diagnóstico da  
Situação de Saúde. 3. Terapias Complementares. I.  
Oliveira Pinho, Judith Rafaelle. II. Título.

Rafaela Duailibe Soares

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da  
Família, da Universidade Federal do  
Maranhão.

Banca Examinadora

---

Judith Rafaella Oliveira Pinho  
Universidade Federal do Maranhão

---

Aline Sampieri Tonello  
Universidade Federal do Maranhão

---

Laércio Santos Dias  
Universidade Ceuma

Data da aprovação: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

São Luís

Dedico este trabalho aos atores sociais do SUS: gestores, profissionais, usuários e conselheiros, que vivenciam as Práticas Integrativas e Complementares no Estado do Maranhão.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a realização do mestrado.

A minha orientadora, Profa. Judith Rafaelle, pelo suporte, construção coletiva, sabedoria compartilhada, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu esposo Mauricio Brandão e meu filho Lucas Brandão, por estarem comigo durante essa jornada.

Aos amigos Bruno Lima, Cirlândio Coutinho, Danyelle Cavalcante, Ellen Santos, Evanilde Conceição, Joelmara Furtado, John Lenon e Patricia Veras, que estiveram juntos comigo durante todo o mestrado.

E a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

## RESUMO

Como uma forma de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), ampliar suas ações e potencializar o cuidado, foi criada a Portaria nº 971 de 2006 pelo Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. As Práticas Integrativas e Complementares englobam abordagens que visam o estímulo de mecanismos naturais preventivos de agravos e recuperação da saúde. Este estudo teve o objetivo de realizar o diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do estado do Maranhão. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, com dados primários dos 217 municípios do Estado. O instrumento de coleta de dados se refere a um questionário aplicado a todos os secretários municipais de saúde ou profissional por eles designados, no período de abril a julho de 2019. A taxa de resposta foi de 100% (217 municípios), onde entre os responsáveis pelo preenchimento do instrumento, 66,4% (144) foram coordenadores da APS e 17,0% (37) secretários de saúde. Dos 217 municípios, 55 ofertam alguma PIC, representando 25,4%. Apenas 2,8% dos municípios possuem Coordenação das PIC, sendo 50% ocupados por enfermeiros. Dentre as PIC ofertadas no Estado, percebeu-se que a Fitoterapia e a massoterapia são as mais ofertadas, estando presente em 49,1% e 29,1% dos municípios respectivamente. Ressaltando ainda que 38,6% dos municípios que realizam PIC, ofertam mais que uma prática. Dessa forma, considera-se importante destacar que a Secretaria de Estado da Saúde deve investir na construção de uma Política Estadual de Saúde para instituir essas práticas no estado, bem como investir na divulgação e conhecimento das PIC para os gestores municipais de saúde e trabalhadores do SUS.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde. Diagnóstico da Situação de Saúde. Terapias Complementares.

## **ABSTRACT**

As a way to strengthen the Brazilian Unified Health System (SUS), expand its actions and enhance care, was created Ordinance No. 971 of 2006 by the Ministry of Health, which established the National Policy for Integrative and Complementary Practices in SUS (PNPIC). The Integrative and Complementary Practices (PIC) encompass approaches that aim to stimulate the natural preventive mechanisms of health problems and recovery. From this perspective, this study aims to perform the situational diagnosis of the Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care of the State of Maranhão. This is an ecological, descriptive study with primary data from the 217 municipalities of the state, in which the data collection instrument refers to a questionnaire that was applied to all municipal health or professional secretaries designated by them from April to July 2019. Regarding the results, the response rate was 100% (217 municipalities). Of those responsible for completing the questionnaire, 66.4% (144) were Primary Health Care coordinators and 17.0% (37) health secretaries. Of the municipalities from the State, 55 offer some PIC, representing 25.4%. Regarding the Coordination of PIC, only 2.8% of the municipalities hold this position, among which 50% are occupied by nurses. Among the PIC offered in the State, it was noticed that Phytotherapy and massage therapy are the most offered, being present in 49.1% and 29.1% of the municipalities, respectively. Also noting that 38.6% of the municipalities that perform PIC offer more than one practice. Thus, it is important to highlight that the State Department of Health should invest in the construction of a State Health Policy to institute these practices in the State, as well as investing in the dissemination and knowledge of PIC for municipal health managers and health workers from SUS.

**Keywords:** Primary Health Care. Diagnosis of Health Situation. Complementary Therapies.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÃO**

Figura 1 - Mapa do Brasil dividido em regiões com a localização do Maranhão.....	23
Figura 2 - Imagem de parte do questionário desenvolvido no Google Formulário ....	25
Figura 3 - Imagem do gráfico e tabela referentes às respostas no Google Formulário .....	26

## **LISTA DE ILUSTRAÇÃO DO ARTIGO**

Figura 1 - Municípios que realizam PIC no Maranhão.....	33
---	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Número de municípios por Região de Saúde do Maranhão.....	24
--	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Características da Coordenação da Atenção Primária em saúde e da Coordenação das Práticas Integrativas e Complementares .....	33
Tabela 2 - Características da oferta de Práticas Integrativas e Complementares.....	34
Tabela 3 - Características da gestão das Práticas Integrativas e Complementares .	35
Tabela 4 - Número de municípios que ofertam PIC por região de Saúde .....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
BPS	Biopsicossocial
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão
EC 95	Emenda Constitucional nº 95
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MT/MCA	Medicina Tradicional Chinesa ou Medicina Complementar e Alternativa
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PPA	Plano Plurianual de Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Uma moderna concepção de cuidado em saúde .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Práticas Integrativas e Complementares .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3</b>	<b>Práticas Integrativas e Complementares no SUS e na Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Delineamento do estudo .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>Caracterização do local do estudo.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3</b>	<b>Coleta e análise de dados .....</b>	<b>24</b>
<b>3.4</b>	<b>Considerações éticas .....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1</b>	<b>Artigo: Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão.....</b>	<b>28</b>
	<b>RESUMO.....</b>	<b>28</b>
	<b>ABSTRACT.....</b>	<b>29</b>
	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>29</b>
	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>31</b>
	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>47</b>
	<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXO A.....</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXO B.....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO C.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A implantação da Medicina Tradicional Chinesa ou Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) começou a ser estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1970, com orientações referentes à estruturação da política, garantia de segurança, qualidade e eficácia, a ampliação do acesso e o uso racional (SOUSA et al., 2012a).

Além da estimulação pela OMS para que seus países elaborem políticas que incluam as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos serviços públicos, uma discussão mundial sobre uma nova concepção de saúde, bem como o declínio do modelo biomédico, tem valorizado a expansão dessas práticas a nível mundial. Parte do crescimento das PIC se deve aos benefícios que essas práticas geram, bem como a valorização do indivíduo como centro do cuidado, a busca por meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento e a busca pela autonomia do usuário, com foco central na saúde e não na doença (SOUSA; BARROS, 2018).

No Brasil, desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), as PIC vêm sendo discutidas, estimuladas pelos processos de descentralização e da participação popular. Porém, somente em 2006 foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) (ZANELLA et al., 2018).

Essa política, foi criada através da Portaria nº 971 de 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), ampliando o escopo de ações e serviços ofertados pelo SUS e respondendo a uma demanda de inclusão de alguns serviços nesse sistema. A PNPIC incluiu e aprovou no SUS a Acupuntura, a Fitoterapia, a Homeopatia, o Termalismo/Crenoterapia, a Medicina Antroposófica e a Medicina Tradicional Chinesa. Com isso, é essencial consolidar o entendimento de que essas formas de cuidado devem ser garantidas ao usuário e, assim, tornar garantido também o princípio da integralidade do cuidado (CORREA, 2018).

A PNPIC visa também normatizar a utilização destas práticas no SUS, convergindo com os princípios de integralidade e universalidade, e contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema. A oferta das PIC amplia a autonomia do usuário na escolha da forma de cuidado e o responsabiliza pelo cuidado da sua própria saúde e da saúde coletiva. Assim sendo, o sujeito se torna capaz de elaborar uma

terapia de cuidado, levando em consideração suas necessidades físicas, funcionais e psíquicas, além dos fatores determinantes/condicionantes, o meio ambiente e social em que está incluído e sua influência no processo saúde-doença (BRASIL, 2011a;TELESI JÚNIOR, 2016).

Desde a instituição da PNPIC, o Ministério da Saúde estimula os estados e municípios a incorporarem e implementarem essa política no âmbito do SUS. Vale realçar que o Ministério da Saúde, visando à melhoria na execução dos serviços da Atenção Básica, utiliza o monitoramento e avaliação de processos e resultados, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) desde 2011 e por meio da Portaria nº 1.654 de 2011 (BRASIL, 2011b).

Em relação à PMAQ-AB, as informações referentes a execução de PIC nos municípios só foram iniciada a partir do segundo ciclo, onde passou-se a buscar a compreensão e reconhecimento do empenho de equipes com experiências exitosas de implementação das PIC e que estimulam a ampliação do acesso a essas práticas no país, bem como o compromisso da gestão na implantação da política em abordagem (BRASIL, 2012).

Dessa forma, considera-se imperiosa a necessidade de identificar os municípios que realizam serviços de PIC no estado do Maranhão, que se fundamenta pela relevância do apontamento de quais ações referentes a essas práticas estão em realização efetiva no estado. Acredita-se ainda ser oportuna a realização do estudo proposto, principalmente quanto à ampliação de conhecimentos, reflexão e incorporação de sugestões para o fortalecimento das referidas práticas no SUS do estado, uma vez que há carência de informações sobre a oferta de serviços relacionados às PIC no estado.

No âmbito da gestão em saúde, espera-se que o estudo contribua para o incentivo do atendimento da necessidade de implantação sistemática das PIC, bem como da necessidade de registro recorrente de informações sobre a realização dessas práticas nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Além disso, entende-se que conhecer a implantação dessas práticas no SUS do estado do Maranhão refletirá no incentivo da criação de uma política estadual de Práticas Integrativas e Complementares.



## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

Realizar o diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do estado do Maranhão.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Descrever a distribuição do serviço de práticas integrativas e complementares nos municípios do Maranhão;
- Identificar coordenações da Atenção Primária à Saúde e das Práticas Integrativas e Complementares no SUS nos municípios maranhenses;
- Identificar a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares nos instrumentos de gestão municipal.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Uma moderna concepção de cuidado em saúde**

As práticas em saúde, historicamente, foram construídas baseadas em um modelo biomédico, caracterizado pela centralização na doença e na prática médica, de forma fragmentada, diminuindo o valor do sujeito e padronizando o cuidado através de intervenções e forte medicamentação (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018).

Esse modelo de atenção à saúde biomédico, centrado no cuidado médico e tradicional passou a ser questionado, uma vez que o cuidado à saúde começa a ser discutido e entendido como um cuidado integral, e esse modelo se afasta de um modelo baseado na singularidade do indivíduo. Da mesma forma, no decorrer do tempo, o modelo centrado no paciente passou a ser mais valorizado, em que constam a humanização da medicina e a integralidade no cuidado (TESSER; SOUSA, 2012).

O questionamento desse modelo biomédico decorreu também das suas relações com o indivíduo, em que se inserem o uso preferencial de tecnologias duras e a desumanização do cuidado. Em face disso, a busca social por práticas alternativas surge, justamente, como uma maneira de encontrar o que o modelo biomédico não dispõe: o reposicionamento do indivíduo como centro do paradigma médico; a relação cuidador-paciente como elemento fundamental do cuidado; os meios terapêuticos simples; menos dependência de tecnologia “dura”; com menos custos, mas com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento; e o estímulo da construção de um cuidado que garanta a autonomia do paciente. Ressalta-se que todos esses fatores devem ter o enfoque na saúde e não na doença (SOUSA et al., 2012a).

Segundo Azevedo e Pelicioni (2012), essa necessidade de mudança se refere à introdução de outras racionalidades e saberes no SUS, buscando questionar os saberes científicos convencionais, mecanicistas e biomédicos, além de buscarem uma ampliação do cuidado, da prevenção e da promoção da saúde, sobretudo na APS.

É necessário o reconhecimento do cuidado como um fenômeno existencial, fazendo parte do ser, dotado de racionalidade, cognição, sensibilidade e sentimentos, exigindo práticas que envolvam a interação entre os sujeitos em seu contexto social, familiar e de vida, buscando identificar as práticas relacionadas com as suas experiências de saúde e doença.

A necessidade de reorientação do cuidado desencadeou a proposta de um modelo alternativo, denominado biopsicossocial (BPS), que incorpora no processo de cuidado em saúde os fatores psicológicos e os sociais, entendendo que o cuidado deve envolver a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida, autonomia, que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá além do saber-fazer científico/tecnológico (CASTRO et al., 2015).

Ainda segundo os autores, esse modelo, permite compreender o indivíduo além da doença que apresenta, considerando-se o conhecimento que possui sobre si mesmo, sobre o adoecer e a saúde, essenciais na reconstrução conjunta de uma vida saudável nos seus diversos aspectos preconizado modelo biopsicossocial.

Oportuniza-se para complementar que, segundo Luz (2008), é impossível explicar o processo saúde-doença apenas no âmbito biológico, da mesma forma também é impossível recuperar a saúde desconsiderando os aspectos de ordem psíquica, social e ambiental. E, comprovando-se isto, as medicinas alternativas vêm respondendo, adequadamente, às diversas demandas que a medicina convencional não consegue atender.

Dessa forma, as práticas integrativas e complementares representam um novo paradigma em saúde, opondo-se ao modelo convencional, centrado na integralidade do cuidado e na pluralidade dos saberes, tendo como enfoque o olhar holístico sobre o ser humano, ao considerá-lo como uma unidade de mente, corpo e espírito, e não apenas como uma soma de partes isoladas (MOTTA; MARCHIORI, 2013).

## **2.2 Práticas Integrativas e Complementares**

De antemão, é importante esclarecer que este estudo se alicerça na conceituação da OMS para o termo “Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas”, da qual estas são compreendidas como o conjunto de práticas e ações terapêuticas externas ao âmbito da biomedicina. Ressalta-se que há variadas denominações para as práticas terapêuticas, porém o Brasil utiliza o termo “Práticas Integrativas e Complementares” (ESTÁCIO; QUEIROZ; LIMA, 2012).

Inicialmente as PIC eram chamadas de medicina alternativa, no entanto, esse termo foi considerado pouco preciso para descrever todo o conjunto de práticas

terapêuticas não pertencentes à medicina científica e que privilegiam as terapêuticas mediante teorias voltadas para os aspectos ambientais e comportamentais envolvidos no processo saúde-doença (ESTÁCIO; QUEIROZ; LIMA, 2012).

Com o propósito de consolidar as práticas em menção não somente às excludentes da biomedicina, diversas instituições ligadas às medicinas alternativas passaram a dar o mesmo tratamento às práticas alternativas e complementares. Assim, também passam a ser utilizadas simultaneamente aos tratamentos biomédicos e, por isso, denominaram-se de Práticas Integrativas e Complementares (SOUSA et al., 2012b).

As Práticas Integrativas e Complementares englobam abordagens que visam o estímulo de mecanismos naturais preventivos de agravos e recuperação da saúde, enfatizando-se a escuta acolhedora. Além disso, deve-se desenvolver o vínculo terapêutico e integrar o ser humano ao meio ambiente e à sociedade, sem desconsiderar a ótica ampliada do processo saúde-doença e a promoção sistêmica do cuidado humano, em especial o autocuidado (BRASIL, 2015).

Segundo Marques e Pereira Neto (2010), as PIC são sistemas médicos e de cuidado à saúde não inclusos na medicina convencional, constituindo-se de um conjunto amplo e heterogêneo de formas de prevenção, diagnóstico e tratamento. São técnicas que almejam o equilíbrio do ser em direção à saúde, através da promoção, proteção, recuperação ou reabilitação sempre com enfoque na pessoa enquanto mente, corpo e espírito, e não somente um conjunto de partes isoladas e fragmentadas.

Estão baseadas na visão holística de saúde, são denominadas tecnologias leves de cuidado que ampliam de acesso, do ponto de vista da integralidade da atenção à saúde da população, baseando-se nas relações de vínculo e cuidado integral, sendo reconhecidas como ferramentas importantes para a consolidação do SUS e da APS (SANTOS; SANTOS, 2017).

Em suma, as PIC se sustentam em uma expectativa de vida, baseada na experiência de vida do usuário, com atenção ao indivíduo em vez da doença, de forma integradora e não intervencionista. Tais práticas se caracterizam, ainda, como o contrapondo à visão altamente tecnológica, mecanicista e fragmentada de saúde, como ocorre em maior expressividade (TELESI JÚNIOR, 2016).

### 2.3 Práticas Integrativas e Complementares no SUS e na Atenção Primária à Saúde

Entendendo a necessidade do incentivo de países para incorporarem práticas tradicionais e integrativas nos sistemas públicos de saúde, estas foram uma das pautas da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, no ano de 1978. Ainda no final da década de 70, como forma de incentivar essas práticas, a OMS lançou o Programa de Medicina Tradicional, que visava a criação de políticas públicas na área (BRASIL, 2015).

Posteriormente, em 2002, a OMS publicou o documento “*WHO Traditional Medicine Strategy*”. Este tornou legítimos os apoios de programas nacionais de pesquisa e treinamento, além da definição de diretrizes técnicas e padrões internacionais, a facilitação da troca de informações e a integração da Medicina Tradicional/Medicinas Alternativas e Complementares (MT/MCA) nos sistemas nacionais de saúde (TELESI JÚNIOR, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de conhecer experiências que já estavam em desenvolvimento na rede pública quanto às práticas alternativas e complementares e, por isso, realizou em 2004 um diagnóstico nacional. De acordo com esse diagnóstico, as práticas mais frequentemente realizadas nos municípios brasileiros foram a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura, a Fitoterapia e a Medicina Antroposófica. No que tange à presença de lei ou ato municipal normatizando acerca das ações e serviços, apenas 6% dos estados/municípios apresentavam legislação pertinente. Foi identificado, ainda, que as ações de todas as Práticas Integrativas e Complementares eram constatadas, preponderantemente, na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2015).

Após realizado esse diagnóstico, foi criado em 2005 o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápica, por meio da publicação do Decreto Presidencial 5.376. Finalmente, em 2006, foi aprovado o Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006 que tornou instituída a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e, em 03 de maio de 2006, houve a publicação da Portaria nº 971, que versava sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Mediante isso, passou a ser assegurado o acesso aos usuários do SUS à Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, bem

como, tornou-se constituído o observatório de práticas em saúde para o Termalismo e a Medicina Antroposófica, com prioridade na APS (BRASIL, 2015).

Em 2007 foi aprovado o Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que reforçou a PNPIC no SUS, sendo esta aprovada com vistas à prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com foco na APS, direcionada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Para consolidar, a OMS reconhece as PIC como práticas de custo mais acessível para o atendimento a diversas patologias, atuando de forma auxiliar ou como tratamento principal (PEREIRA, 2017).

Santos e Tesser (2012) afirmam que a PNPIC surgiu devido à necessidade de garantir ao usuário do SUS o acesso às práticas integrativas e complementares em saúde, uma vez que essas práticas estavam em desenvolvimento mais notório no setor privado. Deste modo, passava-se a entender a diversidade no cuidado possibilitando outros saberes e racionalidades e ampliando a variedade de recursos para a atenção à saúde no âmbito público.

A inserção das PIC no SUS representa a ampliação de acesso e qualificação dos serviços, no cuidado à saúde da população, ressaltando a importância da Atenção Primária para fortalecer práticas de promoção da saúde, em especial, as PIC (FAQUETI; TESSER, 2018).

No que diz respeito aos objetivos da PNPIC para o SUS, deve-se por destaque na prevenção de agravos e na promoção e recuperação da saúde, sendo enfatizada a APS. Além disso, deve ocorrer também o devido direcionamento a: a) o cuidado continuado, com humanização e integração em saúde; b) a elevação da resolutividade e do acesso, com qualidade, eficácia, eficiência e segurança; c) a promoção e racionalização das ações de saúde e; d) o fomento de ações de controle e participação social, incluindo os usuários, gestores e profissionais da saúde (BRASIL, 2017).

A PNPIC priorizou a inclusão das PIC na APS, pois os profissionais da ESF são os seus maiores promotores no SUS, isso acontece, segundo Tesser, Sousa e Nascimento (2018), devido a: o estímulo ao potencial de autocura, principalmente em situações manejadas na APS; aceitação pelo indivíduo, família e comunidade; inclusão do indivíduo no seu cuidado; fuga da iatrogenia, comum nas condições crônicas; contribuição para a capacidade interpretativa e terapêutica de sintomas não explicáveis pela medicina.

Considera-se imprescindível citar que, a partir do ano de 2017, o Ministério da saúde ampliou o escopo de PIC ofertadas pelo SUS com o objetivo de atender às diretrizes da OMS e avançar na institucionalização das PIC no âmbito do SUS, sendo que, em março de 2017, foi publicada a Portaria nº 849. Com essa Portaria, foi ampliado o leque de terapias contempladas da Portaria nº 971 de 2006, passando a incluir a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (AZEVEDO et al., 2019).

Em março de 2018, mais 10 novas práticas integrativas e complementares foram incluídas na PNPIC, de acordo com a Portaria nº 702, na qual foram incluídas: Apiterapia, Aromoterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição das Mãos, Ozonioterapia e Terapias de Florais (AZEVEDO et al., 2019).

Deve-se ressaltar que o uso das PICS no SUS como política nacional ainda se evidencia desafiante, uma vez que no Brasil ainda há uma supervalorização e incentivo à aplicação de insumos tecnológicos sofisticados e de alto dispêndio. O esforço pela implementação e expansão dessas práticas geralmente parte dos profissionais de saúde com engajamento na prática das PICS, estimulados pelo objetivo de consolidar uma concepção de cuidado divergente do modelo preponderante, entendendo que há práticas alternativas que podem se destoar quanto aos resultados e se tornarem parte de um novo processo de implementação de alternativas maneiras de promover saúde, em que o ser humano é entendido em sua totalidade (TELES JÚNIOR, 2016).

Ressalta-se ainda, que com o novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 2016, que congela o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde, haverá maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde, disponibilizando para o mercado de planos de saúde aqueles que dispõem de recursos financeiros; para a judicialização os que conhecem seu direito, a responsabilidade do Estado e meios de exigí-lo; e insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos para os mais vulneráveis (MAZON et al., 2018).

Diante do exposto, compreende-se que as PIC se tornam uma estratégia valiosa para o cuidado da saúde, uma vez que ressalta esse cuidado, na perspectiva da autonomia do usuário, com resolutividade e baixo custo. Na APS, onde existe um

subfinanciamento, essas práticas devem ser incorporadas pela gestão, equipes, profissionais e usuários para que seja possível a garantia do direito à saúde.



### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, cuja unidade de análise é formada pelos municípios do Estado do Maranhão.

#### 3.2 Caracterização do local do estudo

O estado do Maranhão, que é uma das 27 unidades federativas do Brasil, está localizado no oeste da região Nordeste e tem como limites o Oceano Atlântico (N), o Piauí (L), Tocantins (S e SO) e o Pará (O) (Figura 1). O Estado ocupa uma área de 331.935,5 km<sup>2</sup>, sendo que a sua capital é São Luís, e está dividido em 217 municípios. Possui população estimada de 7.035.0551hab. e apresenta densidade de 19,81 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2019).

Figura 1 - Mapa do Brasil dividido em regiões com a localização do Maranhão.



Fonte: Estudo Prático (2019)

Os 217 municípios do estado estão organizados em 19 (dezenove) regiões de saúde (Quadro 01) e 3 (três) macrorregiões: Macro Norte, Macro Leste e Macro Sul, que são espaços territoriais homologados na Comissão Intergestores Bipartite por meio da Resolução nº 64/2018- CIB/MA (MARANHÃO, 2018).

Quadro 1 - Número de municípios por Região de Saúde do Maranhão

<b>REGIÃO DE SAÚDE</b>	<b>Nº DE MUNICÍPIOS</b>
Açailândia	8
Bacabal	11
Balsas	14
Barra do Corda	6
Caxias	7
Chapadinha	13
Codó	6
Imperatriz	15
Itapecuru	14
Pedreiras	13
Pinheiro	17
Presidente Dutra	16
Rosário	12
Santa Inês	13
São João dos Patos	15
Timon	4
Viana	11
Zé Doca	17
São Luís	5
<b>Total</b>	<b>217</b>

Fonte: Adaptado de Maranhão (2018)

### 3.3 Coleta e análise de dados

O principal instrumento de coleta de dados se refere a um questionário (Anexo A), que foi construído a partir de um instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para o diagnóstico nacional das PIC. Esse instrumento foi inicialmente apresentado para a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão para os 18 gestores regionais e para a Coordenação Estadual das Regionais acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, para conhecimento e auxílio na mobilização e retorno das respostas dos gestores municipais de Saúde.

Além disso, foi realizada apresentação acerca da pesquisa e do instrumento para o Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão (COSEMS) que consentiu e autorizou a realização da pesquisa (Apêndice B). O COSEMS é uma instituição que reúne os Secretários Municipais de Saúde do estado e atua com o objetivo de integrar, de forma técnica e administrativa, esses gestores, a fim de favorecer a coletividade na aplicação dos serviços de saúde, além de lutar pela hegemonia dos municípios, funcionando como órgão permanente de trocas de experiência. O COSEMS, além da anuência, também colaborou na divulgação da pesquisa aos Secretários de Saúde municipais e no retorno dessas respostas ao pesquisador.

Com o objetivo de aprimorar e validar questionário, o instrumento foi enviado por meio de correio eletrônico para 08 (oito) profissionais que trabalham na Atenção Primária em Saúde do estado, com a finalidade de realizar um pré-teste de suas funções. Após o recebimento dos formulários com as respostas, o conteúdo e as sugestões foram analisados e ajustados, conforme necessidade.

Após as apresentações e finalização da construção do questionário, utilizou-se o Google Formulários® para a formulação e distribuição desse instrumento (Figura 2), o qual permite a construção de um formulário individual composto de perguntas relacionadas ao objetivo da pesquisa, de fácil e rápido acesso aos sujeitos participantes. Além disso, o Google Formulários disponibiliza os resultados por meio de tabelas e gráficos, que são atualizadas (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014) de acordo com as respostas enviadas.

O questionário foi respondido pelos secretários municipais de saúde ou profissional por eles designados de todos os municípios do Estado. Isto ocorreu entre os meses de abril a julho de 2019.

Figura 2 - Imagem de parte do questionário desenvolvido no Google Formulário

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS REFERENTES ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS DO MARANHÃO

O nome e a foto associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário. Não é [rafaela.dualibe@gmail.com](mailto:rafaela.dualibe@gmail.com)? [Alternar conta](#)

\*Obrigatório

**1 IDENTIFICAÇÃO**

Nome do Município? \*

Sua resposta

Nome do Secretário de Saúde? \*

Sua resposta

No município existe o cargo de Coordenação da Atenção Primária? \*

É importante informar que, antes do envio do questionário, foi realizado contato prévio com os secretários municipais de saúde, através de contato telefônico e/ou eletrônico e em pactuação com o COSEMS, para explicação da pesquisa.

O formulário construído foi disponibilizado através de um endereço eletrônico e, quando preenchido pelos pesquisados, as respostas foram enviadas imediatamente na página do Google Formulários® da pesquisadora e organizados em tabelas e gráficos (Figura 3). Além disso, as respostas também são disponibilizadas em planilha dos dados, que pode ser exportada em diversos formatos, inclusive como uma planilha do Microsoft Excel.

Figura 3 - Imagem do gráfico e tabela referentes às respostas no Google Formulário



As variáveis de análise abordadas na pesquisa foram: existência do cargo de coordenador da atenção primária em saúde; formação do coordenador da atenção primária; formação do responsável pelo preenchimento do instrumento; existência de ações referentes às PIC; existência de responsável pela coordenação das ações; formação do coordenador dessas ações; oferta de PIC; profissionais que realizam as PIC; normativas para criação do serviço de PIC e se as PIC são planejadas nos instrumentos de gestão dos municípios.

Os dados coletados foram tratados com o auxílio do *software* Microsoft Excel® e exportados para o Stata® 14.0 para realização de medidas de frequência dos cálculos estatísticos. Utilizou-se também o aplicativo Tabwin, desenvolvido pelo DATASUS para construção de mapa utilizado na demonstração dos resultados.

### **3.4 Considerações éticas**

O desenvolvimento deste estudo seguiu os requisitos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e suas complementares, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob parecer: 3.051.899 (Anexo B).

Como se trata de um estudo que consistiu na participação de terceiros, é importante deixar claro que todos os colaboradores aceitaram participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, cujo modelo está presente no Apêndice A e fez parte do formulário eletrônico.

## 4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de artigo científico, conforme prevê o regulamento do Programa de Pós-graduação da Rede Nacional de Formação em Saúde da Família (RENASF) / Mestrado profissional em Saúde da Família, e já formatado nas normas da revista escolhida para publicação.

O Artigo intitulado “*Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão*” será submetido à Revista Saúde em Debate (Qualis B2 – Saúde Coletiva), apresentado conforme Instrução aos Autores desta Revista (Anexo C).

### 4.1 Artigo: Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão

#### **Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão**

#### *Situational diagnosis of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care of Maranhão*

#### **RESUMO**

Esta pesquisa apresenta o diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde do estado do Maranhão. Foi realizado um estudo ecológico, descritivo, com dados primários dos 217 municípios do Estado, através de um formulário enviado a todos os secretários municipais de saúde, no período de abril a julho de 2019. A taxa de resposta foi 100%, identificando que 25,4% dos municípios ofertam PIC. Fitoterapia e massoterapia são as PIC mais ofertadas, estando presente em 49,1% e 29,1% dos municípios. Os fisioterapeutas são os profissionais que mais executam as PIC (54,5% dos municípios). Em 49,1% dos municípios essas práticas são ofertadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e em 47,3% pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). No que diz respeito aos instrumentos de gestão, organização e legislação específica para as PIC, observou-se que nenhum município do estado possui legislação específica para as práticas e 14,5% dos municípios prevê alguma estrutura organizacional específica de gestão das PIC. A oferta dessas práticas no Maranhão ainda é um desafio, mesmo com as orientações da Organização Mundial de saúde e a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico da Situação de Saúde

## **ABSTRACT**

This research presents the situational diagnosis of the Integrative and Complementary Practices (PIC) in Primary Health Care) of Maranhão State. We performed an ecological, descriptive study with primary data from the 217 municipalities of the state, through a form sent to all municipal health secretaries, from April to July 2019. The response rate was 100%, identifying that 25.4% of the municipalities offer PIC. Phytotherapy and massage therapy are the most offered PIC, being present in 49.1% and 29.1% of the municipalities. Physical therapists are the professionals who perform the most PIC (54.5% of the municipalities). The Family Health Strategy (ESF), 49.1% and the Extended Family Health Center (NASF), 47.3%, are the programs responsible for offering practices in the municipalities studied. Regarding the management, organization and specific legislation applied to PIC, it was observed that no municipality in the State has specific legislation for practices and 14.5% of the municipalities foresees some specific organizational structure for managing PIC. The offer of these practices in Maranhão is still a challenge, even with the guidelines of the World Health Organization and the establishment of the National Policy of Integrative and Complementary Practices in SUS.

**KEYWORDS:** Complementary Therapies; Primary Health Care; Health Situation Diagnosis

## **INTRODUÇÃO**

A implantação da Medicina Tradicional Chinesa ou Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) começou a ser estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 70, com orientações referentes a estruturação da política, garantia de segurança, qualidade e eficácia, a ampliação do acesso e o uso racional<sup>1</sup>.

Além dessa estimulação pela OMS para que os países elaborem políticas que incluam as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos serviços públicos, uma discussão mundial sobre uma nova concepção de saúde, bem como o declínio do modelo biomédico, tem valorizado a expansão dessas práticas a nível mundial. Parte do crescimento das PIC deve-se aos benefícios que essas práticas geram, bem como a valorização do indivíduo como centro do cuidado, a busca por meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, mais econômicos e com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento e

a busca pela autonomia do usuário, com foco central na saúde e não na doença<sup>2</sup>.

No Brasil, desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) as PIC vêm sendo discutidas, estimuladas pelos processos de descentralização e da participação popular. Porém, somente em 2006 foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)<sup>3</sup>.

Essa política, foi criada através da Portaria nº 971 de 2006 pelo Ministério da Saúde, ampliando o escopo de ações e serviços ofertados pelo SUS e respondendo a uma demanda de inclusão de alguns serviços nesse sistema. A PNPIC incluiu e aprovou no SUS, a Acupuntura, a Fitoterapia, a Homeopatia, o Termalismo/Crenoterapia, a Medicina Antroposófica e a Medicina Tradicional Chinesa. Com isso, é essencial consolidar o entendimento de que essas formas de cuidado devem ser garantidas ao usuário e, assim, tornar garantido também o princípio da integralidade do cuidado<sup>4</sup>.

A PNPIC visa também normatizar a utilização destas práticas no SUS, convergindo com os princípios de integralidade e universalidade, e contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema<sup>5</sup>.

No ano de 2004 foi realizado um diagnóstico nacional sobre as práticas e as PIC mais frequentemente realizadas nos municípios brasileiros foram a homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC)/acupuntura, a fitoterapia e a medicina antroposófica. No que tange à presença de lei ou ato municipal normatizando acerca das ações e serviços, apenas 6% dos estados/municípios apresentavam legislação pertinente. Foi identificado, ainda, que as ações de todas as Práticas Integrativas e Complementares eram constatadas, preponderantemente, na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família - ESF<sup>6</sup>.

A partir de 2017, o Ministério da saúde ampliou o escopo de PIC ofertadas pelo SUS com o objetivo de atender às diretrizes da OMS e avançar na institucionalização das PIC no âmbito do SUS, a partir da Portaria nº 849 de março de 2017, foi ampliado o leque de PIC passando a incluir a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga<sup>7</sup>.

Em março de 2018, mais 10 novas práticas integrativas e complementares foram incluídas na PNPIC, de acordo com a Portaria nº 702, na qual incluiu-se Apiterapia, Aromoterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição das Mãos, Ozonioterapia e Terapias de Florais<sup>7</sup>.

Deve-se ressaltar que o uso das PICS no SUS como política nacional ainda é desafiante, uma vez que no Brasil ainda há uma supervalorização e incentivo à aplicação de insumos



tecnológicos sofisticados e de alto dispêndio. O esforço pela implementação e expansão dessas práticas geralmente parte dos profissionais de saúde com engajamento na prática das PIC, estimulados pelo objetivo de consolidar uma concepção de cuidado divergente do modelo preponderante, entendendo que há práticas alternativas que podem se destacar quanto aos resultados e se tornarem parte de um novo processo de implementação de alternativas maneiras de promover saúde, em que o ser humano é entendido em sua totalidade<sup>8</sup>.

Considera-se ainda, que com o novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 2016, que congela o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde, haverá maiores dificuldades para a efetivação do direito à saúde, disponibilizando para o mercado de planos de saúde aqueles que dispõem de recursos financeiros; para a judicialização os que conhecem seu direito, a responsabilidade do Estado e meios de exigi-lo; e insuficiência da oferta e da qualidade dos serviços públicos para os mais vulneráveis<sup>9</sup>.

Diante desse contexto, considera-se imperiosa a necessidade de identificar os municípios que realizam serviços de PIC, em especial no estado do Maranhão, já que não se observou estudos que possam informar a situação das PIC no estado. Acredita-se ser oportuna a realização do estudo proposto, principalmente quanto à ampliação de conhecimentos, reflexão e incorporação de sugestões para o fortalecimento das referidas práticas no SUS do referido estado, uma vez que há carência de informações sobre a oferta de serviços relacionados às PIC no estado. Este artigo teve como objetivo realizar o diagnóstico situacional das PIC na Atenção Primária em Saúde (APS) do estado do Maranhão.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, cujas unidades de análise foram os municípios do Estado do Maranhão, que é uma das 27 unidades federativas do Brasil, ocupando uma área de 331.935,5 km<sup>2</sup>, dividido em 217 municípios. Possui população estimada 7.035.055 hab. e apresenta densidade de 19,81 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2019).

Os 217 municípios do estado estão organizados em 19 (dezenove) regiões de saúde e 3 (três) macrorregiões: Macro Norte, Macro Leste e Macro Sul, que são espaços territoriais homologados na Comissão Intergestores Bipartite por meio da resolução nº 64/2018- CIB/MA (MARANHÃO, 2018).

A coleta de dados foi realizada de abril a julho de 2019 através de um questionário eletrônico. Foi realizado um estudo piloto para aplicação do instrumento de coleta com 8

indivíduos para ajustes necessários.

Antes do envio do questionário foi realizada uma apresentação, na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, para os 18 gestores regionais e para a Coordenação Estadual das Regionais. Além disso, foi apresentada a pesquisa e o instrumento para o Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão – COSEMS que consentiu e autorizou a realização da pesquisa. O COSEMS é o é uma entidade civil de direito privado sem fins lucrativos com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O órgão reúne os Secretários Municipais de Saúde do Estado e atua com o objetivo de integrar de forma técnica e administrativa, esses gestores, a fim de favorecer a coletividade na aplicação dos serviços de saúde, além de lutar pela hegemonia dos municípios, funcionando como órgão permanente de trocas de experiência.

As variáveis de análise coletadas na pesquisa proposta foram: existência do cargo de coordenador da atenção primária em saúde; formação do coordenador da atenção primária; formação do responsável pelo preenchimento do instrumento; existência de ações referentes às PIC; existência de responsável pela coordenação das ações; formação do coordenador dessas ações; oferta de PIC; profissionais que realizam as PIC; normativas para criação do serviço de PIC e se as PIC são planejadas nos instrumentos de gestão dos municípios.

Os dados coletados foram tratados com o auxílio do *software* Microsoft Excel® e exportados para o Stata® 14.0 para realização das análises de frequência. Utilizou-se também o *software* Tabwin® para construção de mapa utilizado na demonstração dos resultados.

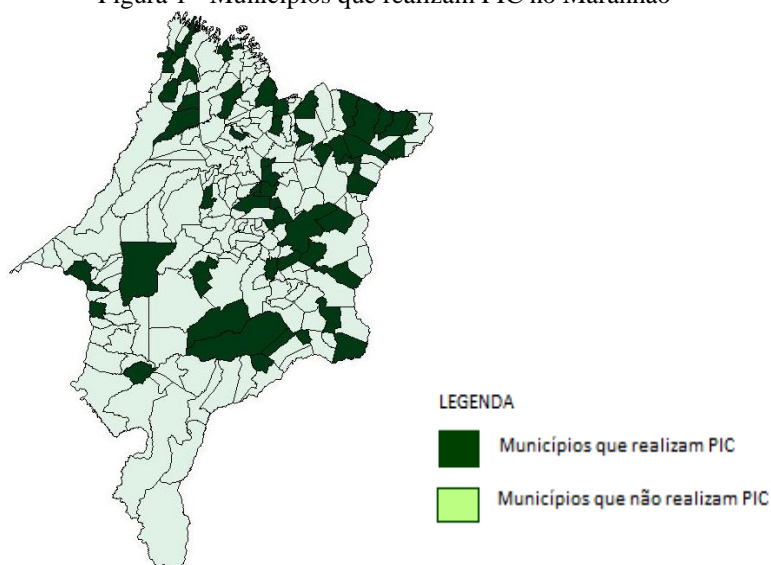
O desenvolvimento deste estudo seguiu os requisitos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e suas complementares, que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob parecer: 3.051.899.

## RESULTADOS

A taxa de resposta do questionário foi de 100% (217 municípios), onde entre os profissionais responsáveis pelo preenchimento do instrumento, 66,4% (144) foram coordenadores da APS, 17,0% (37) secretários de saúde, 8,8% (19) assessores da APS, 4,1% (09) coordenadores da vigilância em saúde e 3,7% (08) profissionais que realizam a assistência.

A Figura 1 representa espacialmente a distribuição da realização das PIC no Maranhão, onde 55 municípios ofertam alguma PIC, representando 25,4% dos municípios.

Figura 1 - Municípios que realizam PIC no Maranhão



Observou-se que 93,7% dos municípios apresentam cargo de coordenação da Atenção Primária em Saúde, desses, 90,4% são enfermeiros. Apenas 10,9% dos municípios que realizam PIC possuem esse cargo Coordenação para PIC, dentre os quais 50% são ocupados por enfermeiros (Tabela 1).

Tabela 1 - Características da Coordenação da Atenção Primária em saúde e da Coordenação das Práticas Integrativas e Complementares

Características da Coordenação da APS E PIC	N	%
<b>Existência do cargo de Coordenação de APS</b>		
Sim	208	95.8
Não	9	4.2
Total	217	100
<b>Formação do coordenador da APS</b>		
Enfermeiro	188	90.4
Fisioterapeuta	4	1.9
Administrador	4	1.9
Farmacêutico	3	1.4
Outros	9	4.4
Total	208	100
<b>Existência do cargo de Coordenação das PIC</b>		
Sim	06	10.9
Não	49	89.1
Total	55	100
<b>Formação do coordenador das PIC</b>		
Enfermeiro	03	50.0
Fisioterapeuta	02	33.3
Farmacêutico	01	16.7
Total	06	100

Dentre as PIC ofertadas no Estado, percebeu-se que a Fitoterapia e a Massoterapia são as mais ofertadas, estando presente em 49,1% e 29,1% dos municípios que ofertam PIC,

respectivamente. Ressalta-se, ainda, que 38,6% dos municípios que realizam PIC ofertam mais que uma prática (Tabela 2).

Os fisioterapeutas são os profissionais que mais executam as PIC no estado, atuando em 54,5% dos municípios, seguidos dos enfermeiros em 18,2% dos municípios. Em 49,1% dos municípios essas práticas são ofertadas pela Estratégia Saúde da Família e em 47,3% essas práticas são ofertadas pelo NASF. Em relação ao ano que as PIC foram iniciadas, percebeu-se que 80% dos municípios passaram a ofertar essas práticas a partir do ano de 2017 (Tabela 2).

Tabela 2 - Características da oferta de Práticas Integrativas e Complementares

<b>Características da oferta de PIC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipos de PIC ofertadas</b>		
Fitoterapia	27	49.1
Massoterapia	16	29.1
Auriculoterapia	10	18.2
Acupuntura	09	16.4
Shantala	08	14.5
Outros	36	65.5
<b>Frequência do número de PIC ofertadas</b>		
01 PIC	33	60.0
Mais de 01 PIC	22	40.0
Total	55	100
<b>Profissional que realiza as PIC</b>		
Fisioterapeuta	30	54.5
Enfermeiro	10	18.2
Outros	19	34.5
<b>Programa que realiza as PIC</b>		
ESF	27	49.1
NASF	26	47.3
Outros	02	3.6
<b>Ano que iniciou a oferta das PIC</b>		
2009- 2012	05	9.1
2013-2016	06	10.9
2017-2019	44	80.0
Total	55	100

No que diz respeito aos instrumentos de gestão, organização e legislação específica para as PIC, observou-se que nenhum município do estado possui legislação específica para as práticas e 14,5% dos municípios prevê alguma estrutura organizacional específica de gestão das PIC (Tabela 3).

Com relação ao Plano Plurianual de Saúde (PPA) e Programação Anual de Saúde (PAS), 34,5% e 38,2% dos municípios afirmam que as PICS estão previstas nesses instrumentos respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Características da gestão das Práticas Integrativas e Complementares

<b>Gestão das PIC</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Lei Específica</b>		
Sim	0	0.0
Não	55	100.0
<b>PICS no Organograma</b>		
Sim	8	14.5
Não	38	69.1
Não sei responder	9	16.4
<b>PPA</b>		
Sim	19	34.5
Não	24	43.6
Não sei responder	12	21.8
<b>PAS</b>		
Sim	21	38.2
Não	22	40.0
Não sei responder	12	21.8
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

De acordo com os municípios que ofertam PIC por Região de Saúde (Tabela 4), destaca-se a região de Codó com 50% dos municípios ofertando práticas e a região de Açailândia onde nenhum município realiza alguma prática. Ressalta-se ainda as regiões de Chapadinha, Rosário, São João dos Patos, Zé Doca e São Luís com mais de 40% dos municípios ofertando PIC.

Tabela 4 - Número de municípios que ofertam PIC por região de Saúde

<b>Região de Saúde</b>	<b>Nº de municípios</b>	<b>N de municípios que ofertam PIC</b>	<b>%</b>
Açailândia	8	0	0,0
Bacabal	11	2	18,2
Balsas	14	1	7,1
Barra do Corda	6	2	33,3
Caxias	7	2	28,6
Chapadinha	13	6	46,2
Codó	6	3	50,0
Imperatriz	15	4	26,7
Itapecuru	14	4	28,6
Pedreiras	13	1	7,7
Pinheiro	17	3	17,7
Presidente Dutra	16	2	12,5
Rosário	12	5	41,7
Santa Inês	13	1	7,7
São João dos Patos	15	6	40,0
Timon	4	1	25,0
Viana	11	2	18,2
Zé Doca	17	8	47,1
São Luís	5	2	40,0
<b>Total</b>	<b>217</b>	<b>55</b>	<b>25,4</b>

## DISCUSSÃO

O presente estudo detectou que, no Maranhão, apenas 25,4% dos municípios ofertam PIC. Esse é um dado primordial para o avanço da política no estado, para que os gestores conheçam a atual situação da implantação das PIC e sejam sensibilizados e preparados para liderarem e influenciarem a operacionalização dessas práticas. Além disso, é necessário o envolvimento de atores sociais, instituições e profissionais, através da gestão participativa, contribuindo para a efetiva implantação das PIC na APS<sup>10</sup>.

A oferta das PIC no Brasil e no Maranhão ainda é um desafio, mesmo com a orientação da OMS, desde a década de 70, para a implantação de políticas relacionadas às PIC, bem como, com mais de uma década da instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Isso pode estar relacionado ao fato de a política não prever investimento financeiro adicional para as PIC pela União, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo, para além do disponível antes de 2006<sup>11</sup>.

Sua institucionalização no SUS é considerada um desafio aos gestores públicos, uma vez que profissionais capacitados para realização das práticas não são suficientes, há ausência de financiamento para a política e poucos espaços institucionais para desenvolvimento de novos serviços. Além disso, existem as limitações relacionadas aos fatores econômicos, científicos e organizacionais, que dificultam a incorporação das PIC no SUS<sup>12</sup>.

Muitos profissionais de saúde desconhecem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, o que sugere que essa falta de conhecimento também aconteça no Maranhão, razão pela qual grande parte dos municípios não oferta as PIC na Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup>.

Ressalta-se que, devido às PIC estarem relacionadas a uma visão holística de saúde, caracterizada como tecnologias leves de cuidado, que ampliam o acesso, garantindo integralidade da atenção à saúde, as relações de vínculo e cuidado integral, são importantes para a consolidação do SUS, sobretudo na APS<sup>13</sup>.

Em relação ao perfil dos profissionais que coordenam a APS, na qual as PIC são estratégias fundamentais para a garantia da resolutividade dos problemas, observou-se nesse estudo a categoria de enfermagem como profissão que ocupa a maioria dos cargos na gestão no estado (90,4%). Isso pode estar relacionado ao fato de que, dentre o rol de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro nas suas ações, destaca-se as atividades administrativo-burocráticas, onde os enfermeiros tem se afastado gradativamente das atividades assistenciais

e se aproximando das atividades gerenciais e administrativas, com ênfase na organização do serviço, no planejamento e no controle do trabalho da equipe<sup>14</sup>.

O profissional que ocupa cargos de gestão no SUS deve ter conhecimento, habilidades e atitudes que possibilitem a execução do seu trabalho com eficiência. Este papel gerencial, envolve competências como a interpessoal, a liderança, a motivação da equipe, a comunicação, entre outras, para que ele possa gerenciar as políticas públicas, bem como efetiva-las dentro da APS, como é o caso da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)<sup>15</sup>.

No que diz respeito às coordenações específicas para as PIC, somente 10,9% dos municípios as possuem. A inexistência de um responsável e/ou coordenador por estes serviços representa a falta de planejamento dos serviços municipais para a realização destas práticas, o que dificulta sua consolidação no SUS. Além disso, destaca-se a necessidade da gestão municipal incorporar a PNPIC dentro dos organogramas das Secretarias, principalmente com o objetivo de garantir que ela se efetive.

Na perspectiva de consolidação das PIC nos municípios, estudos afirmam que existem dificuldades enfrentadas pelos profissionais para o desenvolvimento das ações em PIC, para implementação ou ampliação das ações, embora tenham interesse em desenvolvê-las. Os obstáculos que se destacam são majoritariamente no campo da gestão<sup>12</sup>.

O resultado do presente estudo, em relação aos tipos de PIC ofertadas, vai ao encontro ao estudo de Tesser, Sousa e Nascimento (2018)<sup>12</sup>, que avaliaram o inquérito nacional onde as PIC ofertadas com maior frequência no Brasil são plantas medicinais e Fitoterapia (30% dos municípios que ofertam PIC), Acupuntura (16%) e Auriculoterapia (11%), distintamente nas regiões do País. No Maranhão, destaca-se a Fitoterapia, realizada em 49,1% dos municípios que ofertam PIC.

A utilização de plantas medicinais e fitoterápicos são práticas amplamente utilizadas em todo Brasil, por possuir fácil acessibilidade, abundância de diferentes espécies vegetais nativas no país, eficácia muito boa e baixo custo para algumas preparações, além de oferecer uma alternativa de tratamento, além de suprir carências medicamentosas<sup>16</sup>.

Dentre as práticas instituídas pela PNPIC a Acupuntura e Auriculoterapia vem representando uma tendência de crescimento em todo o país, onde diversos municípios brasileiros estão realizando e informando nos sistemas de informação atendimentos no SUS. No Maranhão, a Auriculoterapia e Acupuntura estão sendo realizadas em 18,2% e 16,4% dos municípios que ofertam PIC respectivamente, estas práticas<sup>17</sup>.

A publicação de Tesser, Sousa e Nascimento (2018)<sup>12</sup> destaca que um mesmo município ou estabelecimento de saúde podem ofertar mais de uma modalidade de PIC, o que vai de

encontro com o observado no estado do Maranhão, onde 40% dos municípios que ofertam PIC, disponibilizam mais de um tipo de prática. Corroborando ainda com o estudo, os autores consideram que aproximadamente 78% dessa oferta está na APS, sobretudo na ESF e nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf).

Segundo os autores acima citados, na ESF, durante o ano de 2016, foram contabilizadas 2.427.919 ações em PIC, o que corresponde, respectivamente, a 2.203.661 atividades individuais e a 224.258 atividades coletivas<sup>12</sup>.

Os profissionais da ESF e NASF, sem registro específico em PIC, são considerados os protagonistas nesse campo. No Maranhão destaca-se que os fisioterapeutas (54.5% dos municípios que ofertam PIC) e enfermeiros (18.2% dos municípios que ofertam PIC) são os profissionais que mais realizam as PIC.

Pouco se conhece acerca dos profissionais que praticam as PIC no SUS, uma vez que os dados disponíveis são insuficientes, pois a maioria das PIC pode ser realizada por profissionais da ESF, sem registro específico ou vínculo formal em PIC. Segundo os registros no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), a maioria dos profissionais que estão registrados, realizando PIC no Brasil são os profissionais com registro específico em PIC (4.104), com predominância de acupunturistas (médicos 8,4%, e fisioterapeutas 19%) e homeopatas (médico 31,8%)<sup>12</sup>.

A região de Codó é a que possui maior percentual de municípios realizando PIC, onde 50% ofertam alguma prática. Destaca-se que o município de Codó é conhecido não apenas como uma cidade, mas um espaço onde se produziu uma polissemia de representações, norteadas por interesses culturais, religiosos e sociopolíticos, a tal ponto de se tornar conhecida nacionalmente. Tal informações relaciona-se ao fato da maior oferta das práticas<sup>21</sup>.

Na perspectiva de consolidação das PIC no SUS, destacam que a regulamentação das práticas é fundamental para a legitimação profissional e institucional, devendo ser regulamentada através da criação da política municipal e de lei específica relacionada às PIC<sup>1</sup>, no entanto, esse estudo identificou que no estado, segundo os gestores, nenhum município apresenta lei específica para as PIC.

É responsabilidade da gestão municipal a elaboração de normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde, definição orçamentária e financeira para implementação da política, articulação intersetorial e qualificação dos profissionais de saúde<sup>6</sup>.

Dessa forma, destaca-se que a institucionalização e oferta das PIC no SUS é um desafio para os gestores públicos e necessário o envolvimento de atores sociais, instituições e profissionais, de forma participativa para a implantação das PIC na APS<sup>1</sup>.



Além disso, estudos relatam diversas dificuldades para instituição das políticas públicas de PIC, como a deficiência de dados de pesquisa, os ciclos de mudança na gestão, interrompendo a continuidade dos processos de trabalho, a rotatividade dos profissionais que atuam na assistência e a falta de direção, organização e controle das ações<sup>18</sup>.

Esses desafios da implementação das PIC nos sistemas de saúde não ocorrem somente no Brasil, destaca-se que em uma pesquisa realizada em 39 países europeus observou-se que 70% deles não possui regulamentação específica sobre as PIC, ressaltando que somente essa regulamentação não garante a expansão sustentável das PIC na APS, sendo fundamental que a implantação das práticas terapêuticas nos serviços se dê de maneira progressiva, descentralizada, atendendo as especificidades loco regionais, para o favorecimento dos processos de desenvolvimento das ações<sup>19</sup>.

Isso demonstra a potencialidade desse estudo na divulgação de dados que tragam um diagnóstico das PIC no estado diante da inexistência de uma política estadual para as PIC, ainda que possamos ressaltar algumas limitações que podem estar relacionadas à coleta de dados, principalmente pelo fator de estarem ligadas totalmente ao conhecimento do gestor de saúde local que muitas vezes tinha pouco tempo no cargo.

Os achados do estudo destacam a importância de conhecer a situação do estado com relação às PIC para que se possa pautar a construção de políticas públicas para o setor, uma vez que as políticas estabelecem diretrizes para as ações de implementação, mecanismos de financiamento para as atividades, elaboração de normas técnicas e operacionais e a articulação com as demais políticas do MS. Adicionalmente promovem as ações de divulgação e informação dos conhecimentos das PIC para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional, sendo essenciais ao processo de implantação das práticas nos serviços<sup>20</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implantação da PNPIC na APS se apresenta como operacionalmente simples, porém, ainda se configura um desafio para a gestão estadual e municipal, uma vez que não há recurso específico para a política, o número de profissionais capacitados para realização das PIC ainda é escasso e a divulgação e conhecimento sobre a política é incipiente.

O presente estudo identificou a realização de práticas integrativas e complementares no Maranhão. Dos municípios do estado, 25,4% realizam algum tipo de PIC e as práticas

identificadas foram Fitoterapia e a Massoterapia, estando presente em 49,1% e 29,1% dos municípios respectivamente.

A ESF tem sido protagonista na execução das PIC na APS, seguindo as orientações da PNPIC que destaca a APS prioritária para as PIC, entendendo a contribuição dessas práticas na resolutividade, no cuidado à saúde da população e na promoção da saúde.

Para a consolidação das PIC na APS é necessária a regulamentação das práticas de forma a garantir a legitimação profissional e institucional, uma vez que é responsabilidade da gestão a elaboração de normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde, definição orçamentaria e financeira para implementação da política, articulação intersetorial e qualificação dos profissionais de saúde.

Dessa forma, a secretaria de estado da saúde deve investir na construção de uma Política Estadual de Saúde para instituir essas práticas no estado, bem como investir na divulgação e conhecimento das PIC para os gestores municipais de saúde e trabalhadores do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Sousa IMC de, Bodstein RC de A, Tesser CD, Santos F de A da S, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2143–54.
2. Sousa LA de, Barros NF de. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. *Revista Latino-Am Enfermagem*. 2018;18(1).
3. Zanella ÂK, Ramires CC, Rocco CP, Silva MD da. Proposta de intervenção ensino-serviço de Práticas Integrativas e Complementares. *VITTALLE - Rev Ciências da Saúde*. 2018;30(1):63–71.
4. Correa AAM et al. Conhecimento, acessibilidade e aceitação das práticas integrativas e complementares por usuários do sistema único de saúde em Juiz de Fora-MG. *Rev Cient fagoc*. 2018;III:9–15.
5. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017.
6. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série - n.º 45. 2015. 8174–8175 p.
7. Azevedo C, Moura C de C, Corrêa HP, Mata LRF da, Chaves É de CL, Chianca TCM. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico- assistencial. *Escola Anna Nery*. 2019;23(2):1–9.
8. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*. 2016;30(86):99–112.
9. Mazon LM, Colussi CF, Senff CO, Freitas SFT de. Execução financeira dos blocos de

financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):38–51.

10. Christina L, Barros N De, Synthia E, Oliveira F De, Aves J. Os Sentidos das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde para Gestores dos Serviços. *Atas CIAIQ2018 Investigação Qualitativa em Saude*. 2018;2:1049–57.
11. Gontijo MBA, Nunes M de F. Práticas Integrativas E Complementares: Conhecimento E Credibilidade De Profissionais Do Serviço Público De Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017;15(1):301–20.
12. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):174–88.
13. Santos VR dos, Santos KOB. Fisioterapia E Práticas Integrativas E Complementares Nos Núcleos De Apoio À Saúde Da Família. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2017;7(2):207.
14. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas P de SS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*. 2016;20(1):90–8.
15. Camacho TSDA. Gestão : Um Desafio Para O Enfermeiro. IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão. 2015;
16. Becker IRT, Cândido MR. diagnóstico situacional de PIC. 2016;1–17.
17. Nunes MF, Junges JR, Gonçalves TR, Motta MA. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico assistencial. *Saude e Sociedade*. 2017;26(1):300–11.
18. Losso LN, Freitas SFT de. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde em Debate*. 2017;41(spe3):171–87.
19. Wiesener S, Salamonsen A, Fonnebo V. Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe? *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1).
20. Azevedo E de, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011;9(3):361–78.
21. Oliveira, R. C.; Carvalho E Silva, M.D. A cidade e os terreiros: os zeladores de santo e a construção do imaginário sobre Codó-MA. *Mosaico*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 14, p. 379-393, jul. 2018. ISSN 2176-8943. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/mosaico/article/view/73820/73235>>. Acesso em: 22 Nov. 2019.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo alcançou o objetivo de realizar um diagnóstico situacional das PIC na APS do estado do Maranhão, bem como descrever a distribuição do serviço de PIC nos municípios. Por meio dele também foi possível identificar as coordenações da APS e das PIC nos municípios maranhenses e a inclusão dessas práticas nos instrumentos de gestão municipal.

Entre os municípios do estado, 25,4% realizam algum tipo de PIC e as práticas identificadas foram majoritariamente a Fitoterapia e Massoterapia, estando presente em 49,1% e 29,1% dos municípios respectivamente.

Percebeu-se que a implantação da PNPIC na APS se apresenta como operacionalmente simples, porém, essa implantação ainda se configura um desafio para a gestão estadual e municipal, uma vez que não há recurso específico para a política, o número de profissionais capacitados para a realização das PIC ainda é escasso e a divulgação e conhecimento sobre a política é incipiente.

Confirmou-se ainda o fato da ESF ser protagonista na execução das PIC na APS, seguindo as orientações da PNPIC que destaca a APS prioritária para as PIC, entendendo a contribuição dessas práticas na resolutividade, no cuidado à saúde da população e na promoção da saúde.

Foi identificado que a enfermagem vem ocupando majoritariamente os cargos de gestão da APS e das PIC, compreendendo que enfermeiro em sua formação obtém o conhecimento sobre administração, porém ainda é necessária uma intensificação nessa formação, para que, ao adentrar na função de gestão, esses profissionais tenham conhecimento e habilidade para tal.

No âmbito da gestão em saúde, foi possível constatar que as PIC não são planejadas nos instrumentos de gestão na maioria dos municípios que as ofertam, entendendo que essa é uma dificuldade para sua consolidação no estado. É necessária a regulamentação das práticas de forma a garantir a legitimação profissional e institucional, sendo responsabilidade da gestão a elaboração de normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde, definição orçamentaria e financeira para implementação da política, articulação intersetorial e qualificação dos profissionais de saúde.

Por fim, espera-se que o estudo contribua para o incentivo do atendimento da necessidade de implantação sistemática das PIC, bem como da necessidade de

registro recorrente de informações sobre a realização dessas práticas nos Sistemas de Informação em Saúde. Além disso, entende-se que conhecer a implantação dessas práticas no SUS do estado do Maranhão refletirá no incentivo da criação de uma política estadual de Práticas Integrativas e Complementares.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C. et al. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico- assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. 1–9, 2019

AZEVEDO, E. DE; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 361–378, 2011.

BECKER, I. R. T.; CÂNDIDO, M. R. diagnóstico situacional de PIC. p. 1–17, 2016.

BRASIL. **Relatório de gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. [s.l: s.n.].

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso. p. 2008–2010, 2011b.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo**. Brasília: [s.n.].

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. [s.l: s.n.].

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão**. [s.l: s.n.].

CAMACHO, T. S. D. A. Gestão : Um Desafio Para O Enfermeiro. **IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão**, 2015.

CASTRO, S. S. et al. O Processo Saúde-Doença e o Modelo Biopsicossocial Entre Supervisores De Um Curso De Fisioterapia: Estudo Qualitativo Em Uma Universidade Pública. **Cadernos De Educação, Saúde E Fisioterapia**, v. 2, n. 3, p. 23–38, 2015.

CHRISTINA, L. et al. Os Sentidos das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde para Gestores dos Serviços. **Atas. CIAIQ2018. Investigação Qualitativa em Saude.**, v. 2, p. 1049–1057, 2018.

CORREA, A. A. M. ET AL. CONHECIMENTO, ACESSIBILIDADE E ACEITAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES POR USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA-MG. **Revista científica fagoc**, v. III, p. 9–15, 2018.

FAQUETI, A.; TESSER, C. D. Use of complementary and alternative medicine in primary healthcare in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil: User perception. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2621–2630, 2018.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

**Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 90–98, 2016.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. DE F. Práticas Integrativas E Complementares: Conhecimento E Credibilidade De Profissionais Do Serviço Público De Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 301–320, 2017.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. DE M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3553–3559, 2014.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. T. DE. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 171–187, 2017.

MAZON, L. M. et al. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 38–51, 2018.

MOTTA, P. M. R. DA; MARCHIORI, R. DE A. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 834–835, 2013.

NUNES, M. F. et al. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico assistencial. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 300–311, 2017.

PEREIRA, B. M. D. Mãos Que Se Abraçam : Afetividade , Cuidado E As Práticas Integrativas Complementares , No Complexo Bárbara Maria Dutra Pereira Mãos Que Se Abraçam : Afetividade , Cuidado E As Práticas Integrativas Complementares , No Comple. **Tese. Doutorado em Difusão do Conhecimento.**, 2017.

QUEIROZ, A. P. B.; LIMA, P. C. .; ESTÁCIO, M. M. S. OFERTA E PRODUÇÃO DE ATENDIMENTOS NO SUS DO Introdução Metodologia. v. 1, n. 6, 2012.

SANTOS, V. R. DOS; SANTOS, K. O. B. Fisioterapia E Práticas Integrativas E Complementares Nos Núcleos De Apoio À Saúde Da Família. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 207, 2017.

SOUSA, I. M. C. DE et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2143–2154, 2012a.

SOUSA, L. A. DE; BARROS, N. F. DE. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2018.

SOUSA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares: Oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saude Publica**, v. 28, n. 11, p. 2143–2154, 2012b.

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Psychosocial x biomedical

paradigm: Where is the social representation anchored in psychic suffering? **Trends in Psychology**, v. 26, n. 2, p. 897–909, 2018.

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

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde e Sociedade**, p. 336–350, 2012.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE; NASCIMENTO, M. C. DO. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 174–188, 2018.

WIESENER, S.; SALAMONSEN, A.; FONNEBO, V. Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe? **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 18, n. 1, 2018.

ZANELLA, Â. K. et al. Proposta de intervenção ensino-serviço de Práticas Integrativas e Complementares. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 63–71, 2018.



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS NO ESTADO DO MARANHÃO”**. Neste estudo pretendemos realizar o diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares no SUS no estado do Maranhão.

O motivo que nos leva a estudar é a necessidade de identificar a utilização de Práticas Integrativas e Complementares no estado do Maranhão, que se fundamenta pela relevância de apontar quais ações referentes a essas práticas estão sendo realizadas no estado. Para este estudo adotaremos a aplicação de um instrumento de coleta de dados se refere a um questionário, que será aplicado a todos os secretários municipais de saúde do estado do Maranhão ou profissional por eles designados.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS NO ESTADO DO MARANHÃO”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B



**COSEMS-MA**  
CONSELHO DE  
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS  
DE SAÚDE DO MARANHÃO


### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, **Domingos Vinicius de Araújo Santos**, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão (COSEMS-MA), RG Nº 344.843, CPF Nº 124.499.463-49, AUTORIZO **Rafaela Duailibe Soares**, RG 101781698-8, CPF 01121927343, mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da nucleadora Universidade Federal do Maranhão (UFMA), a realizar aplicação de um instrumento de coleta de dados se refere a um questionário, com os secretários municipais de saúde do estado do Maranhão ou profissional por eles designados, para a realização do Projeto de Pesquisa **“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS NO ESTADO DO MARANHÃO”** que tem por objetivo primário realizar o diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares no SUS no estado do Maranhão, sob orientação da profa Dra Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

São Luís, 28 de maio de 2018

  
Domingos Vinicius de Araújo Santos  
Presidente do COSEMS-MA

---

*Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Maranhão  
Av. Jerônimo de Albuquerque, Casa do Trabalhador S/N, Bairro Calhau  
Ala Azul, 2º Piso, Sala 01. CEP: 65074 - 220  
Tel.: (98) 3227-0911*

## ANEXO A

### DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS REFERENTES ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS/MA

Este questionário visa coletar informações para conhecer o que é feito nos municípios com relação às Práticas Integrativas e Complementares no SUS- Acupuntura, homeopatia, fitoterapia e outras práticas complementares.

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Município:

1.2 Nome do Secretário de Saúde:

1.3 No município existe o cargo de Coordenação da Atenção Primária? ( ) sim ( ) não

Se sim, qual a formação profissional desse coordenador?

1.4 Qual função você exerce nesse município?

1.5 Existe alguma ação referente às Práticas Integrativas e Complementares nesta Secretaria? ( ) sim ( ) não

1.6 No município existe uma coordenação específica para as Práticas Integrativas e Complementares ( ) sim ( ) não

Caso exista essa coordenação, qual a profissão desse coordenador:

#### 2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EXISTENTES

2.1 Quais Práticas Integrativas e Complementares são ofertadas?

PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR	REALIZA	NÃO REALIZA	ANO DE INÍCIO	PROFISSIONAL QUE EXERCE A PRÁTICA
Acupuntura				
Fitoterapia				
Homeopatia				
Auriculoterapia				
Shantala				
Yoga				

Shiatsu				
Reiki				
Arteterapia				
Meditação				
Musicoterapia				
Osteopatia				
Massoterapia				
Outros Especificar:				

2.2 Em qual (s) Programa (s) essas práticas ocorrem no município:

- ☐ ESF- Estratégia Saúde da Família  
☐ NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família  
☐ CAPS- Centro de Atenção Psicossocial  
☐ OUTRO ESPECIFICAR:

### 3. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

3.1 Existe lei ou Ato Institucional Municipal criando algum serviço de Práticas Integrativas e Complementares? Sim ( ) Não ( )

**Em caso afirmativo, favor enviar/anexar cópia.**

3.2 O organograma da Secretaria Municipal de Saúde de seu município prevê alguma estrutura organizacional específica de gestão das Práticas Integrativas e Complementares? Sim ( ) Não ( )

3.3 O Plano Plurianual de Saúde do município prevê programas/projetos/atividades vinculados às Práticas Integrativas e Complementares? Sim ( ) Não ( )

3.4 A Programação Anual de Saúde do município prevê dotação orçamentária programas/projetos/atividades relacionadas a PICS? Sim ( ) Não ( )

## ANEXO B

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS NO ESTADO DO MARANHÃO

**Pesquisador:** Judith Rafaelle Oliveira Pinho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 97021018.7.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.051.899

**Apresentação do Projeto:**

O direito à saúde no Brasil é garantido constitucionalmente desde 1988 e o Sistema Único de Saúde - SUS, instituído pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro do ano de 1990 e complementado pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1999, e regulamentado pelo decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Dentre o rol de atividades garantidas pelo SUS, uma estratégia essencial para o bom desempenho do sistema é a Atenção Básica em Saúde – AB, fortalecida pela Portaria nº 971 de 2006 pelo Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC. Essa política amplia o escopo de ações e serviços ofertados pelo SUS e responde a uma demanda de inclusão de alguns serviços no SUS. Posto isto, percebeu-se a necessidade de identificar a utilização de práticas integrativas e complementares no estado do Maranhão, que se fundamenta pela relevância de apontar quais ações referentes a essas práticas estão sendo realizadas no estado. Este projeto objetiva analisar a implantação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS no estado do Maranhão e para isso será realizado um estudo ecológico, analítico, com dados primários nos 217 municípios do Estado do Maranhão. O instrumento de coleta de dados será um questionário, que será aplicado direcionado a todos os secretários municipais de saúde ou profissional por eles designados, através de envio para endereço eletrônico. As variáveis de análise serão: existência de ações referentes às PICs, existência de responsável pela coordenação das ações, existência de profissionais para realização das PICs, normativas para criação do serviço de PICs e se as PICs são planejadas nos Instrumentos

Endereço: Avenida das Portuguesas, 1968 CEB Velho  
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040  
 UF: MA Município: SÃO LUIS  
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.051.899

de gestão dos municípios e estado. Os dados coletados serão digitados no software Microsoft Excel® e exportados para o Stata® 12.0. Outro ponto importante a se considerar é a realização de pesquisa documental para levantamento da existência de legislações estaduais ou municipais no que diz respeito à Implantação das PICs.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a Implantação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS no estado do Maranhão.

**Objetivo Secundário:**

Conhecer as ações referentes às Práticas Integrativas e Complementares no SUS realizadas no estado do Maranhão; Identificar coordenações das Práticas Integrativas e Complementares no SUS nos municípios; Identificar se as Práticas Integrativas e Complementares estão programadas nos Instrumentos de gestão dos municípios e estado; Confrontar informações sobre a realização das Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades Básicas de Saúde pelas Equipes de Atenção Básica com o apresentado em Sistemas de Informação em Saúde; Propor um modelo para Implantação da Política; Descrever as dificuldades e potencialidades para Implantação das PICs nos municípios.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Possibilidade de dano moral ou social.

**Benefícios:**

Identificação das Práticas Integrativas e Complementares utilizadas no estado do Maranhão; Ampliação de conhecimentos, reflexão e incorporação de sugestões para o fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares no SUS no estado do Maranhão; Contribuição para o incentivo de atender à necessidade de Implantação sistemáticas das Práticas Integrativas e Complementares, bem como a necessidade de registrar, de forma recorrente, informações sobre a realização dessas práticas nos Sistemas de Informação em Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram entregues e estão de acordo com a resolução

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1968 CEB Velho  
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040  
UF: MA Município: SÃO LUIS  
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

**UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO**



Continuação do Parecer: 3.051.899

466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1066396.pdf	09/11/2018 18:05:40		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	09/11/2018 16:15:12	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/11/2018 16:13:47	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Acelto
Outros	Carta_Resposta_Pendencias_cep.pdf	07/11/2018 13:20:13	Judith Rafaelle Oliveira Pinho	Acelto
Folha de Rosto	FolhadeRosto1.pdf	06/07/2018 11:50:44	Rafaela Duallibe Soares	Acelto
Outros	TERMO DE AUTORIZACAO PARA REALIZACAO DA PESQUISA.pdf	06/07/2018 09:26:36	Rafaela Duallibe Soares	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 03 de Dezembro de 2018

Assinado por:  
Flávia Castello Branco Vidal Cabral  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida das Portuguesas, 1966 CEB Velho  
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br



## ANEXO C

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: [revista.saudeemdebate.org.br](http://revista.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

1. **Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.
5. **Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.
6. **Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.
7. **Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

#### Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

**O texto deve conter:**

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os Artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências elaborado pela editoria do Cebes.

## **OBSERVAÇÕES**

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

## **Informações sobre os autores**

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (*Open Researcher and Contributor ID*) e e-mail.

## **PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

### **Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)**

**a) Conflito de interesses.** Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

**b) Colaboradores.** Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**c) Agradecimentos.** (Opcional).

## **OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.**

### **1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais**

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível.

### **2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br