



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA (DCV)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – MEPISCO

FRANÇOISE ELAINE SILVA OLIVEIRA

OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, A
PARTIR DO TERCEIRO CICLO DO PMAQ-AB

Salvador
2021

FRANÇOISE ELAINE SILVA OLIVEIRA

**OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, A
PARTIR DO TERCEIRO CICLO DO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO) da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Thaís Regis Aranha Rossi

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Aparecida Araújo Figueiredo

Salvador
2021

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

O48o

Oliveira, Françoise Elaine Silva

Oferta de práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde do estado da Bahia, a partir do terceiro ciclo do PMAQ-AB / Françoise Elaine Silva Oliveira, Thaís Regis Aranha Rossi, Maria Aparecida Araújo Figueiredo. - Salvador, 2021.

111 fls : il.

Orientador(a): Profa. Dra. Thaís Regis Aranha Rossi.

Coorientador(a): Profa. Dra. Maria Aparecida Araújo Figueiredo.

Inclui Referências

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - MEPISCO, Campus I. 2021.

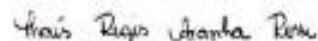
1.Terapias complementares. 2.Sistema Único de Saúde. 3.Saúde - Atenção primária. 4.Equipe multiprofissional.

CDD: 577

FOLHA DE APROVAÇÃO
"OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA A PARTIR DO PMAQ-AB"

FRANÇOISE ELAINE SILVA OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 21 de junho de 2021, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

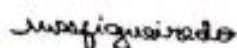


Professor(a) Dr.(a) THAIS REGIS ARANHA ROSSI

UNEB

Doutorado em Saúde Pública

Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia

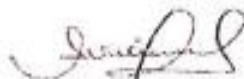


Professor(a) Dr.(a) MARIA APARECIDA ARAUJO FIGUEIREDO

UNEB

Doutorado em Saúde Pública

Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) PATRÍCIA SODRÉ ARAÚJO

UNEB

Doutorado em Saúde Pública

Universidade Federal da Bahia/ Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) ANAMÉLIA LINS E SILVA FRANCO

UFBA

Doutorado em Saúde Coletiva

Universidade Federal da Bahia/ Universidade Federal da Bahia

Dedico esse trabalho aos meus filhos

João Pedro e Maria Luíza,
materialização do amor eterno!

AGRADECIMENTOS

Gratidão imensa à **Deus**, que me permitiu vivenciar essa experiência tão cheia de desafios, me dando força e perseverança para seguir na realização de mais um sonho!

Aos meus filhos **João Pedro** e **Maria Luíza**, seres de luz e fontes inspiradoras, sempre me estimulando a me tornar um ser humano melhor a cada dia. Amo muito vocês!

Aos meus pais, em especial minha mãe **Eudete Silva Oliveira**, que me incentivou e inspirou, com sua intensa caminhada, a acreditar na potência transformadora da educação, se esforçando ao máximo para garantir uma boa formação para mim e para meus irmãos.

À **Amanda Ribeiro**, por todo acolhimento, paciência e didática me ajudando na elaboração do pré-projeto para inscrição no mestrado, não tenho nem palavras...

Á minha orientadora e professora **Thaís Aranha**, minha eterna gratidão! Você foi marcante na minha trajetória profissional e pessoal, conseguindo me passar força, confiança e acolhimento, além de vasto conhecimento, competência e comprometimento, para compreender e aceitar todas as mudanças que se fizeram necessárias e continuar caminhando, mesmo diante de um contexto tão difícil que estamos todos vivenciando... Presente do Universo!

Á minha coorientadora e professora **Maria Aparecida**, gratidão por toda ajuda, compreensão, paciência e trocas importantes para o desenvolvimento desse estudo tão importante para mim. Tenho certeza de que foram desafios mútuos que nos fizeram crescer demais!

Às professoras **Patrícia Sodré** e **Anam elia Lins**, por contrib u rem com o olhar e experiência de cada uma de vocês na qualifica o desse estudo.

  Diretoria de Aten o Básica do estado da Bahia por ter possibilitado a minha inser o no mestrado, gratidão pelo apoio do diretor **Cristiano S ster** e de todos os coordenadores.

Aos amigos e colegas de equipe de Apoio Institucional da Leste, **K ssia, Janaína, Pedro, Marina, Rosana**, e mais recentemente, **Carla** e **Rivany**, gratidão por todo acolhimento, escuta, empatia e energia positiva. Vocês acompanharam as dores e delícias de minha experiência.

Aos colegas de jornada no trabalho e mestrado, **Aline e Diego**, gratidão pela amizade que ficou ainda mais fortalecida. Compartilhamos muitos momentos e sentimentos que jamais serão esquecidos!

Aos colegas da **COAD, COAM e Telessaúde**, e em especial, **Nilma, Patrícia, M rcia, Tiago, Juliana** e **Vanessa**, pelos esclarecimentos e auxílios providenciais nessa trajetória diversa de aprendizados.

Aos meus irmãos **Michele e Carlos**, gratidão pelo carinho, positividade e disposi o em ajudar, dando suporte sempre que possível ao longo desse processo.

Aos meus **amigos**, gratidão por todo apoio e energia positiva emanados e por compreender as minhas ausências.

A **todos os colegas do mestrado**, gratidão pelos compartilhamentos, discussões, alinhamentos e tantas reflexões, inicialmente no espaço Jequitaia e depois nos momentos à distância.

Á todo **Corpo Docente** do Mestrado Profissional da UNEB/MEPISCO, gratidão pelas trocas de experiências e aprendizado contínuo.

À toda **equipe do administrativo** vinculada ao Mestrado Profissional da UNEB/MEPISCO, por orientar os fluxos necessários para o fechamento deste ciclo.

Aos membros da Rede PICS Bahia, em especial, **Maria Luísa, Graça e Renata**, profissionais defensoras e militantes, que aguçaram ainda mais minha aproximação com as PICS.

A todos os gestores, trabalhadores e usuários, que defendem e militam pela oferta de PICS em todos os níveis de atenção à saúde e por um SUS universal, integral, equânime e fortalecido!

“Seja humilde, e permanecerás íntegro.

Curva-te, e permanecerás ereto.

Esvazia-te, e permanecerás repleto.

Gasta-te, e permanecerás novo.

O sábio não se exhibe, e por isso brilha.

Ele não se faz notar, e por isso é notado.

Ele não se elogia, e por isso tem mérito.

E, porque não está competindo, ninguém no mundo pode competir com ele.”

(Lao Tsé)

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo identificar os fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na APS nos municípios do estado da Bahia, a partir dos resultados do terceiro ciclo do PMAQ-AB no ano de 2017, por meio de dois estudos. O primeiro foi voltado para as equipes de APS (eSF e eAB) e o segundo estudo voltado para as equipes de NASF, ambos de caráter exploratório, com corte transversal e de natureza quantitativa. Para identificar os fatores associados à variável de desfecho (oferta de PICS), foram utilizados dois níveis de variáveis independentes, sendo no estudo 1, nível distal (relacionadas à caracterização municipal) e nível proximal (relacionadas ao processo de trabalho das equipes de APS); no estudo 2, nível distal (subdimensão clínico-assistencial) e nível proximal (subdimensão técnico-pedagógica). No estudo 1, a PICS mais ofertada no estado foi a Terapia Comunitária Integrativa e no estudo 2, as mais frequentes foram Musicoterapia e Shantala. A oferta de PICS no estado da Bahia foi heterogênea nos dois estudos. No estudo 1, a análise multivariada multinível mostrou-se mais efetiva e apontou maior chance de oferta de PICS nos municípios com maior porte populacional e naqueles que investem mais com recursos próprios. Quanto ao estudo 2, a subdimensão clínico-assistencial apresentou relação de associação com a oferta de PICS, apenas naquelas equipes de NASF que apoiavam e desenvolviam ações de cuidado em saúde mental (100%). Já na subdimensão técnico-pedagógica, com a OR ajustada da análise multivariada por meio de regressão logística, observou-se que a oferta de PICS teve significância estatística nas seguintes variáveis: coordenação oferta atividades pedagógicas junto ao NASF (OR 2,65; IC 1,24-5,58); NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho (OR 3,07; IC 1,72-5,46) e NASF apoia e desenvolve com eAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividades física no território (OR 18,33; IC 2,26-148,52). O estudo apontou eficácia na utilização do método de regressão logística e multinível para a identificação dos fatores associados à oferta de PICS, demonstrando a importância da realização de estudos de abordagem quantitativa no fortalecimento da inserção e oferta de PICS nos serviços públicos de saúde. Conclui-se que, no âmbito estadual, a oferta de PICS está associada a equipes vinculadas à municípios com maior porte populacional e que investem mais recursos próprios em saúde, assim como foi mais evidente naquelas equipes com melhor organização dos seus processos de trabalho e que recebem apoio matricial do NASF.

Palavras-chaves: Terapias Complementares; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

This dissertation aims to identify the factors associated with the offer of integrative and complementary health practices in PHC in the municipalities of the state of Bahia, based on the results of the third cycle of the PMAQ-AB in 2017, through two studies. The first was aimed at the PHC teams (eSF and eAB) and the second study aimed at the NASF teams, both of an exploratory nature, with a cross-sectional and quantitative nature. To identify the factors associated with the outcome variable (supply of PICS), two levels of independent variables were used, in study 1, distal level (related to the municipal characterization) and proximal level (related to the work process of the PHC teams) ; in study 2, distal level (clinical-assistance subdimension) and proximal level (technical-pedagogical subdimension). In study 1, the most offered PICS in the state was Integrative Community Therapy and in study 2, the most frequent were Music Therapy and Shantala. The offer of PICS in the state of Bahia was heterogeneous in both studies. In study 1, the multilevel multivariate analysis was more effective and showed a greater chance of offering PICS in cities with a larger population and in those that invest more with their own resources. As for study 2, the clinical-assistance subdimension was associated with the offer of PICS, only in those NASF teams that supported and developed mental health care actions (100%). In the technical-pedagogical subdimension, with the adjusted OR of the multivariate analysis through logistic regression, it was observed that the offer of PICS had statistical significance in the following variables: coordination of pedagogical activities with the NASF (OR 2.65; CI 1.24-5.58); NASF performs monitoring and analysis of indicators related to its work process (OR 3.07; CI 1.72-5.46) and NASF supports and develops with eAB strategies to promote bodily practices and physical activities in the territory (OR 18.33; CI 2.26-148.52). The study showed the effectiveness of using the logistic and multilevel regression method to identify factors associated with the offer of PICS, demonstrating the importance of carrying out studies with a quantitative approach in strengthening the insertion and supply of PICS in public health services. It is concluded that, at the state level, the offer of PICS is associated with teams linked to cities with larger populations and that invest more of their own resources in health, as was more evident in those teams with better organization of their work processes and that receive matrix support from NASF.

Keywords: Complementary Therapies; Health Unic System; Primary Health Care; Multiprofessional team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIC	Critério de Informação de Akaike
APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BIC	Critério Bayesiano de Schwarz
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DASF	Diretoria de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
eAB	Equipe de Atenção Básica
EAD	Ensino à Distância
eSF	Equipe de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MEPISCO	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional e Complementar
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa
MT	Medicina Tradicional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEAB	Política Estadual de Atenção Básica Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em
PEPIC-BA	Saúde na Bahia
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEI	Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo geral	21
2.2. Objetivos específicos	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1. Atenção Primária à Saúde	22
3.2. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	25
3.3. Processo de Trabalho em Saúde	26
3.4. Apoio Matricial na APS	27
4. METODOLOGIA	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1. Artigo 1	39
5.2. Artigo 2	69
5.3. Produto Técnico	98
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS	105

APRESENTAÇÃO

O interesse e motivação pelo referido tema das práticas integrativas e complementares iniciou-se a partir da minha atuação profissional como apoiadora institucional na Diretoria da Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em meados de 2008. Naquele momento, atuando em uma equipe de Apoio Institucional, tive a oportunidade de me envolver em algumas frentes relacionadas aos projetos estratégicos da Atenção Básica estadual, dentre os quais estava inserida uma frente relacionada a qualificação dos trabalhadores da Atenção Básica dos municípios, que se operacionalizou por meio de um conjunto de ações, sendo que uma dessas estava voltada ao desenvolvimento dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e em Gestão da Atenção Básica, ambos com ênfase na implantação de Linhas de Cuidado.

Atuando enquanto orientadora/tutora de aprendizagem de campo nos referidos cursos, pude vivenciar processos pedagógicos de ensino aprendizagem junto aos educandos, que desencadeou no meu envolvimento na elaboração do módulo optativo voltado para as práticas integrativas e complementares em saúde no âmbito da Atenção Básica. Este módulo contemplou metodologias teórico-práticas com abordagens interativas e foi construído em parceria com técnicos da Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual (DASF/SESAB), sendo minha primeira aproximação com o tema, momento este que considero definidor para meu interesse, vinculação e mergulho inicial no mundo das PIC.

Sou graduada em farmácia desde 2000, atuando como sanitarista desde 2004, compondo, ao longo desta trajetória, algumas equipes de apoio institucional no âmbito da gestão estadual da Atenção Básica, onde pude colaborar perante os atores da gestão municipal da Atenção Básica, no processo de implantação e implementação de diversas frentes de ação estabelecidas nas versões da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) vigentes ao longo desses anos, bem como na construção e operacionalização de algumas frentes de ação estratégicas estabelecidas na Política Estadual da Atenção Básica (PEAB, 2013).

É importante salientar que a Atenção Básica faz interface direta e indiretamente com outras políticas existentes, dentre as quais, encontram-se as políticas nacionais de promoção da saúde e de práticas integrativas e complementares no SUS, ambas

publicadas em 2006, mesmo ano do lançamento da primeira versão da PNAB. A atuação como apoiadora institucional me possibilitou promover algumas interfaces entre Atenção Básica e as PICS, produzindo e estimulando espaços de qualificação e trocas de experiências, como por exemplo, os encontros regionais de trabalhadores pertencentes às equipes de NASF e membros de equipes de Saúde da Família, realizados em algumas regiões de saúde do estado em que atuei como apoiadora e defensora das práticas integrativas e complementares. Foi possível perceber o quanto os profissionais vinculados às equipes de NASF tinham interesse e aproximação com a temática das PICS, inclusive estando muitos desses profissionais ofertando algumas práticas nos serviços da Atenção Básica.

Outra motivação paralela e relativamente recente foi minha atuação como membro, inicialmente suplente e em seguida titular, compondo a Comissão Interinstitucional de Implementação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS para o estado da Bahia (PEPIC-BA), experiência esta que aguçou ainda mais meu desejo e interesse pelas PICS, na medida em que pude contribuir, ao longo de quase três anos, na elaboração da minuta da política estadual, construção que envolveu diversos sujeitos, membros da Rede PICS Bahia, que atuam como trabalhadores, gestores, usuários, professores, praticantes, muito desses militantes e defensores das práticas integrativas e complementares em saúde no âmbito do SUS da Bahia.

Sem dúvida alguma, posso afirmar que esta foi uma das vivências mais desafiantes, mobilizadoras, impactantes e cheias de significado na minha trajetória pessoal e profissional como trabalhadora do SUS. Essa vivência possibilitou uma imersão profunda e mais consistente, assim como despertou o desejo de me qualificar em algumas práticas, dentre as quais Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura. Tudo isso motivou meu atual interesse em desenvolver pesquisa científica voltada para o tema das PICS e essa oportunidade se deu por intermédio do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNEB (MEPISCO), que eu acreditei e criei a expectativa de que os resultados desse estudo poderiam vir a colaborar na qualificação do processo de trabalho das equipes, das práticas de cuidado e de gestão em saúde pública no âmbito da Atenção Básica.

Iniciei meu processo desenvolvendo um projeto voltado para uma abordagem qualitativa, que foi qualificada no início de 2020, e tinha o intuito de analisar o processo

de implementação das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde em um município baiano. No entanto, com a chegada da Pandemia do Novo Coronavírus (Covid-19), mudanças significativas tiveram que ser feitas e o estudo se desenvolveu seguindo uma abordagem metodológica quantitativa. Todo esse contexto me gerou um misto de sentimentos...frustração, resistência, tristeza, pois vinha num processo de alinhamento, mergulho e vinculação com o objeto de pesquisa e referencial teórico anterior. Assim como muitas pessoas, precisei me reinventar e aceitar o desafio. Fui acolhida por minha orientadora e coorientadora, que me abriram o olhar para uma nova abordagem científica, ressignificando e entendendo a necessidade das mudanças avassaladoras que aconteceram e vem acontecendo ao longo de toda essa trajetória e experiência. Nesse processo identifiquei lacunas e comecei a ver sentido na importância de desenvolver um estudo voltado para a oferta de PICS no âmbito da APS do estado da Bahia, que se desdobrou nesse produto dissertativo.

Por fim, posso afirmar que, apesar de todas as mudanças e desafios impostos ao longo de toda minha caminhada no mestrado, finalizo este ciclo importante e especial em minha vida profissional e pessoal, com a clareza do quanto me ressignifiquei e transformei, ampliei meu olhar, meus conhecimentos e processos de aprendizagem. Sou grata eternamente pela possibilidade de vivenciar tantos aprendizados que ficarão em mim e levarei para outros ciclos da minha jornada.

1. INTRODUÇÃO

A busca pelas práticas integrativas e complementares (PIC), também conhecidas por Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) (OMS, 2002), vem aumentando, nas últimas décadas (SOUSA; TESSER, 2017; TELESSI JÚNIOR, 2016) e de forma significativa, em diversos sistemas públicos de saúde (OMS, 2013). De acordo com recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a inserção das PIC deve ocorrer de forma prioritária no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme a Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), que aponta a APS como sendo uma das principais estratégias de organização dos sistemas públicos universais de saúde.

De acordo com Luz (1997), a priorização da APS, como foco central de inserção das MTCI, tem possibilitado outras formas alternativas de atendimento, de diagnose e de intervenções terapêuticas, que se distinguem do modelo hegemônico, médico centrado e hospitalocêntrico e isso tem estimulado a instituição de um novo modelo de cuidado mais centrado no usuário e nas suas relações com os profissionais e serviços de saúde.

No Brasil, a inserção das PIC no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizada em 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006b, 2018a), muito embora esse processo tenha nascido com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), no qual foi criado e estabelecido o SUS e suas diretrizes orientadoras pautadas na universalidade, equidade e integralidade do cuidado ofertado por meio de serviços e ações de saúde.

Importante salientar que este estudo utilizou o entendimento de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) baseado no documento da PNPIC, sinalizado a seguir:

[...] contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade [...] abrange a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. (BRASIL, 2018a).

Na sua primeira versão, a PNPIC (BRASIL, 2006b) estabelecia a oferta de 05 modalidades de PIC, a saber: Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia,

Medicina Antroposófica, uso de plantas medicinais/Fitoterapia e o Termalismo/Crenoterapia. Em 2017, houve nova inserção de mais 14 práticas (Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga) (BRASIL, 2017a). Por fim, em 2018, a PNPIC passou pela incorporação de mais 10 modalidades (Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais), dando visibilidade e ampliando significativamente o escopo de ofertas aos usuários do SUS (BRASIL, 2018b).

A PNPIC tem colaborado com o processo de implementação do SUS, na medida em que traz contribuições para o fortalecimento de seus princípios fundamentais, enfatizando não apenas as ações de prevenção e recuperação da saúde, mas também ações de promoção da saúde, pautando-se em um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do cuidado, que requer uma interação entre os serviços existentes no SUS (BRASIL, 2018a).

Essa sinalização da política é validada pelo estudo de Azevedo e colaboradores (2019), quando concluiu que a institucionalização das PIC no SUS ampliou o acesso e tem contribuído para a disponibilização de serviços de saúde integral e multidisciplinares, possibilitando maior autonomia e expansão profissional com vistas à melhoria do cuidado ofertado.

O estado da Bahia iniciou o movimento de construção da política estadual em 2008, alguns anos após a publicação da PNPIC, consolidando-se ao longo dos anos estimulado por mobilizações do controle social e articulações intersetoriais de atores envolvidos com as PICS e a Educação Popular em Saúde, defendida na 9ª Conferência Estadual de Saúde (CES), ocorrida em 2015. Esse movimento reverberou na publicação de Portaria Estadual nº 521 de 05 de maio de 2016, que criou a Comissão Interinstitucional de Implementação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS no estado da Bahia (PEPIC-BA) (BAHIA, 2016), composta por diversas representações institucionais, dentre as quais a Diretoria de Atenção Básica, culminando com a publicação da política em 2019.

Entende-se que a inserção de novas práticas alternativas e complementares proporciona uma ampliação do cuidado na APS, contemplando opções terapêuticas diferenciadas, com grande potencial desmedicalizante, sendo úteis como recursos de redução de danos e de promoção da saúde (TESSER; BARROS, 2008; SANTOS;

TESSER, 2012), muito embora existam poucos estudos que avaliem a contribuição das PICS para o fortalecimento da APS.

De acordo com autores (TESSER *et al.*, 2018), existe grande diversidade de PIC em uso, no entanto poucos estudos voltados para sua oferta no SUS e em especial na APS. Destacam também a importância de se estimular financeiramente os municípios que ofertam PICS e que proporcionam, de modo institucional, capacitações e treinamentos aos seus trabalhadores (TESSER *et al.*, 2018).

Quando se remete à implantação das PICS no SUS, observa-se um avanço tímido, com destaque para o baixo incentivo financeiro, investimentos reduzidos em formação e baixa avaliação e monitoramento, como já enfatizado em um estudo (SOUSA; TESSER, 2017), onde foi possível identificar quatro modalidades de inserção e integração da MTC com a APS. Neste estudo foi apontado que a maior oferta de PICS ocorre no SUS, sendo as práticas corporais de forma mais expressiva, fugindo muitas vezes do escopo de práticas estabelecidas pela PNPIC.

O estudo supracitado (SOUSA; TESSER, 2017) apontou que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o lugar ideal e promissor das PICS no SUS. Nesse sentido, destaca-se a importância do componente da educação continuada e permanente para os profissionais que atuam nas eSF e eAB, da sensibilização e protagonismo dos gestores municipais e da indução federal.

Outro estudo (BARROS *et al.*, 2018) destaca que as PICS promovem maior satisfação no trabalho, por proporcionar mudanças na organização do processo de trabalho das equipes, via interação prática e de núcleos de saberes profissionais, estimulando um trabalho em equipe mais integrado, colaborativo e interprofissional, com vistas a garantir um cuidado mais integral. Entretanto, tais autores destacam que algumas mudanças devem ser estimuladas processualmente com o intuito de estabelecer uma lógica de trabalho pautada no compartilhamento, na comunicação, no estabelecimento de relações afetivas e no equilíbrio de poderes que se estabelecem entre os profissionais.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008), constituído enquanto equipes multiprofissionais, surgiu em 2008, como uma proposta que busca estimular compartilhamento de saberes e práticas de saúde com maior potencial de resolutividade, por meio de um processo de trabalho integrado entre equipes, seguindo o referencial teórico e metodológico do Apoio Matricial voltado para a Atenção Básica (BRASIL, 2015a), apoiando inicialmente as equipes de saúde da família. Com a

institucionalização da nova versão da PNAB, em setembro de 2017, passou a ser denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), assumindo responsabilidade também sobre as equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

Salienta-se que essa mudança de nomenclatura pode significar uma modificação no modo de operacionalizar os processos de trabalho junto as equipes de referência, a saber, das eSF e eAB (MELO *et al.*, 2018), fragilizando dessa maneira o cuidado compartilhado e colaborativo, norteador da estratégia do NASF.

De acordo com estudo recente (TESSER *et al.*, 2018), observou-se que o maior lócus de oferta de PICS localiza-se na APS, especialmente na ESF e nos NASF, equipes matriciadoras vinculadas à APS, evidenciando dados quantitativos importantes, no que se refere ao segundo ciclo do PMAQ-AB. Muito embora existam dados oficiais do MS (BRASIL, 2017c) apontando um crescimento na oferta de PICS na APS, o estudo supracitado mostrou insuficiência nessa oferta, tanto no que tange às atividades quanto em relação aos serviços. Barbosa e colaboradores (BARBOSA *et al.*, 2020) apontam que a oferta de PICS é fragilizada e interrompida nos serviços de saúde e enfatizam que a expansão e oferta de PICS no país se deve muito mais aos profissionais, do que ao apoio da gestão, entretanto outro estudo (GONTIJO; NUNES, 2017) sinaliza pouco conhecimento e credibilidade em algumas práticas por parte dos profissionais, influenciando na inserção e oferta nos serviços de saúde.

Quanto ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, publicada em 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a), se tornou um importante mecanismo para auxiliar no monitoramento e avaliação da oferta de PICS, nos três ciclos do programa, que tem como um dos principais objetivos induzir a ampliação do acesso, bem como melhorar a qualidade das ações e serviços ofertados no âmbito da APS (BRASIL, 2015b). Importante salientar que em recente estudo (AMADO *et al.*, 2017), verificou-se que os resultados do primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB, apontavam haver mais oferta de PICS nos serviços da AB do país, quando comparado ao registrado no SCNES, mostrando o quanto esses achados auxiliam na condução da PNPIC.

Um estudo para analisar a implementação, acesso e uso de PICS no SUS, mostrou que apesar do aumento no uso das PICS, seu potencial terapêutico e contribuições para a saúde ainda precisam ser mais explorados (RUELA *et al.*, 2019). Já

em outra pesquisa avaliativa, outros autores (LOSSO; FREITAS, 2017) tratam de um grau expressivo de implantação de PICS no âmbito estadual no que se refere à oferta aos usuários do SUS a esse novo modelo de atenção à saúde, que permite um olhar diferenciado sobre o indivíduo e seu processo de saúde-doença.

Destaca-se insuficiência de estudos voltados para as PICS no âmbito do estado da Bahia. Sendo assim, essa pesquisa se justifica pela relevância e inovação e busca aprofundar questões, identificando os fatores associados à oferta de PICS pelas equipes de APS e equipes de NASF, bem como as principais PICS ofertadas no âmbito da APS no estado da Bahia. Para tal, este estudo utilizou banco de dados secundários, oriundos do terceiro ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado ao longo do ano de 2017 por instituições acadêmicas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Identificar os fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares em saúde pelas equipes de APS e de NASF nos municípios do estado da Bahia, a partir dos resultados do terceiro ciclo do PMAQ-AB no ano de 2017.

2.2. Objetivos específicos

Caracterizar os municípios do estado da Bahia, equipes de APS e NASF quanto à oferta de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde, a partir dos resultados do terceiro ciclo do PMAQ-AB.

Identificar as práticas integrativas e complementares ofertadas pelas equipes de APS e NASF nos municípios do estado da Bahia, a partir dos resultados do terceiro ciclo do PMAQ-AB.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo adotou como referenciais teóricos as concepções de Atenção Primária à Saúde, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Processo de Trabalho em Saúde e Apoio Matricial com o intuito de contribuir para a identificação dos fatores que estão associados à oferta de PICS no âmbito da APS do estado da Bahia.

Considerando que estão sendo referidas e abordadas algumas políticas públicas de saúde nesta dissertação, vale salientar que o conceito de política de saúde, de acordo com Paim, como:

[...] resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

3.1. Atenção Primária à Saúde

A contextualização histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) envolveu o movimento iniciado na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde por meio da Declaração de Alma Ata, que priorizou a discussão em torno da APS. De acordo com a OMS, a APS é entendida como:

[...] atenção essencial à saúde que se baseia em tecnologia e métodos práticos, comprovação científica e aceitabilidade social, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS, 1978).

Segundo Starfield (2002), um sistema de saúde orientado segundo o modelo de APS é mais efetivo e satisfatório para a população, com custos menores e mais equitativos, mesmo em ambientes de maior iniquidade social. Sendo assim, a referida autora sugere os seguintes atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da abordagem familiar e comunitária, fortalecendo a concepção oficial da APS. Em países com APS forte, esse cuidado é centrado em equipes de profissionais generalistas, cuja referência principal de cuidado clínico é a medicina biomédica.

No âmbito do SUS, vale salientar que a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) foi incentivada pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) visando buscar uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária (GIOVANELLA, 2018). De acordo com a autora, a concepção de atenção primária à saúde envolve três elementos essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; conceito ampliado da saúde e reconhecimento dos determinantes sociais e participação social. A ABS busca destacar a reorientação do modelo assistencial, baseado no sistema universal e integrado de atenção à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se estruturou, inicialmente, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em seguida pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que tinha o intuito de reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da Atenção Básica (ABRAHÃO, 2007). A partir de então, passou a se configurar enquanto estratégia estruturante dos sistemas locais de saúde, na medida em que se alinhava aos princípios e diretrizes do SUS e buscou se embasar em novos princípios, dentre os quais: integralidade, hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento de clientela. Importante frisar que o início das discussões acerca da ESF já era evidenciado na definição da própria OMS, como:

[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978)

Fazendo um breve resgate acerca das versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), evidenciou-se, na sua primeira versão, em 2006, que a ABS busca considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, visa a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, estabelecendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária na reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006a).

No documento publicado em 2011, observou-se uma reafirmação da consolidação da ESF, mesmo coexistindo com outros modelos e arranjos de equipes (BRASIL, 2011b), e estabeleceu-se uma relação de equivalência entre Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (FAUSTO *et al.*, 2018, p.56). No mesmo momento desta versão da política foi introduzido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), enquanto estratégia indutora para ampliar acesso e melhorar a qualidade das ações e serviços ofertados, onde se buscou efetivar, por meios institucionais, a cultura da avaliação da Atenção Básica no SUS (BRASIL, 2011a).

Já no seu texto mais recente em setembro de 2017, a PNAB apresentou a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, com mudanças impactantes para a coordenação do cuidado, principalmente no rompimento da prioridade dada à ESF como modelo de organização da APS no país, orientando outras modelagens de APS seletiva e restritiva, que irão comprometer o processo de trabalho da equipe e vinculação com usuários (PINTO, 2018), muito embora, conceitualmente, valorize as diretrizes para o funcionamento desta estratégia (FAUSTO *et al.*, 2018, p.57).

Outras mudanças foram apontadas nessa nova versão da PNAB, que para ser implementada dependerá de interesses convergentes em prol da efetivação de uma APS acessível e resolutiva (ALMEIDA *et al.*, 2018). Uma outra mudança diz respeito ao NASF, que passa a ter alteração na sua denominação para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), passando a apoiar não apenas equipes de saúde da família, mas também equipes de Atenção Básica.

Observa-se um contexto de restrição de investimentos e financiamento da saúde, despertando grande preocupação com os retrocessos que envolvem a APS direcionadora de um modelo centrado na ESF, a partir do olhar crítico do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), instituições comprometidas com a defesa do SUS (ABRASCO, CEBES, ENSP, 2017).

Nesse sentido e buscando fazer uma correlação com este estudo, observa-se que os atributos da APS, assim como as diretrizes norteadoras da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica dialogam com as práticas integrativas e complementares em saúde na medida em que estas buscam olhar e cuidar do ser humano em sua totalidade, evitando a fragmentação do cuidado. Tais práticas são direcionadas sob uma perspectiva interdisciplinar, mobilizando os trabalhadores de saúde a ofertarem práticas de cuidado continuado, visando a integralidade e longitudinalidade, estabelecidas no âmbito da APS (TELESI JÚNIOR, 2016). Para este estudo utilizou-se os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica como sinônimas.

3.2. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

A organização Mundial da Saúde (OMS) denomina Medicina Tradicional e Complementar (MTC) um conjunto de práticas, saberes e produtos agrupados, que não são pertencentes à medicina convencional, também conhecida por biomedicina (OMS, 2002; LIMA; SILVA; TESSER, 2014). No Brasil, utiliza-se o termo práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), que devem ser inseridas de forma prioritária na APS, seguindo as diretrizes da PNPIC e da própria OMS (OMS, 2013).

De acordo com a PNPIC, define-se as práticas integrativas e complementares (PIC) como:

[...] práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizado e centradas na integralidade do indivíduo, estimulando mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, com vistas à uma visão ampliada do processo saúde-doença e promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. (BRASIL, 2018a)

Além da PNPIC, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e tantas outras, favorecem espaços para potencializar estudos e oferta de práticas integrativas e complementares, reforçando a dimensão da integralidade, valorizando a cultura e as práticas de cuidados tradicionais, bem como demandando posicionamento clínico e de educação em saúde, voltados para práticas corporais que não fragmentem o sujeito, mas permitam compreendê-lo a partir de uma perspectiva somática, psíquica, social e espiritual (BARRETO *et al.*, 2014 p.281).

As PICS abarcam os sistemas médicos complexos¹ e recursos terapêuticos², numa lógica integrativa, podendo ser utilizadas como terapêutica complementar ou principal em variados contextos de saúde-doença e se pautam numa concepção holística e vitalista³, que busca compreender o ser humano enquanto uma unidade físico-energética, psicofísica, mental e espiritual, contemplando uma dimensão material

¹ Sistemas Médicos Complexos compreendem as abordagens no campo das PIC que possuem teorias próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003). Envolve um conjunto de conhecimentos acumulados sobre a saúde humana que compreende seis dimensões essenciais: a existência de uma cosmologia, ou seja, uma forma de apreender e representar a realidade; uma doutrina médica; uma morfologia do corpo humano; uma fisiologia ou dinâmica vital humana; um sistema de diagnósticos; e um sistema de intervenções terapêuticas (BRASIL, 2018a).

² Recursos terapêuticos são compreendidos por instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos. São meios, materiais ou procedimentos utilizados na promoção e na recuperação da saúde. (BRASIL, 2018a).

³ Vitalismo é entendido como uma doutrina que defende a existência de uma força vital que diferencia o ser vivo dos corpos inanimados, sendo sua diminuição ou bloqueio o agente disparador do processo de adoecimento (BRASIL, 2018c). Doutrina que afirma a necessidade de um princípio irreduzível ao domínio físico-químico para explicar os fenômenos vitais (ABREU, 2018).

(corpo) e outra dimensão imaterial sutil, não sendo captadas pelos cinco sentidos e nem mensuradas pelos equipamentos convencionais (ABREU, 2018).

Vale salientar que nas Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) existem práticas que podem estar ou não vinculadas a uma racionalidade médica e podendo estar inseridas em uma matriz histórico-cultural e ou tradicional mais ampla, como as medicinas tradicionais da China ou da Índia, por exemplo, identificadas então como medicinas tradicionais (OMS, 2002 *apud* TESSER, 2009). Um estudo aborda a utilização de um conjunto de dimensões interligadas, como: uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura), embasadas em uma cosmologia implícita ou explícita (LUZ, 2000 *apud* TESSER, 2009). Tais racionalidades médicas são definidas pela autora como:

Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. (LUZ, 2000).

Conforme destacado por Tesser e colaboradores (2018), as PIC vem se inserindo de forma lenta no âmbito da APS e essa inserção provavelmente está associada mais à possibilidade recente de seu registro e à forma de coleta e divulgação dos dados pelo Ministério da Saúde, do que a um consistente movimento de inserção institucional dessas práticas nos serviços de APS.

2.3. Processo de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho em saúde (MENDES GONÇALVES, 1994) se apoia na vertente marxista do trabalho, voltado para o campo da saúde. No que tange ao processo de trabalho, Marx (1994) afirma que a atividade do homem opera uma transformação no objeto, sobre o qual atua por meio de instrumento de trabalho para a produção de produtos, transformação esta que se subordina a uma determinada finalidade.

No estudo do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1992) se propõe a analisar os seguintes componentes: o objeto de trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Tais componentes do processo de trabalho em saúde se

constituem em categorias de análise que irão auxiliar na abordagem e compreensão das práticas de saúde, cujo trabalho constitui “a base mais fundamental de sua efetivação” (MENDES GONÇALVES, 1992, p.2). O referido autor ratifica que tais elementos precisam ser examinados de maneira articulada, pois somente na relação de reciprocidade irá se configurar um dado processo de trabalho específico. Segundo o autor, o objeto representa o que vai ser transformado, que, no âmbito da saúde, representa as necessidades humanas de saúde, sendo aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador.

Para Mendes Gonçalves (1992, 1994), existe uma diferenciação entre instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos e instalações e outros. Já os não-materiais são os saberes, que fazem a articulação entre sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. O autor destaca que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

De acordo com Peduzzi e Schraiber (2009), o agente de trabalho é o sujeito da ação, na medida em que traz outros projetos de caráter coletivo e pessoal para dentro do processo de trabalho. Tais autores definem processo de trabalho em saúde enquanto uma dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, a prática dos trabalhadores / profissionais de saúde inseridos na produção e consumo dos serviços de saúde.

2.4. Apoio Matricial na APS

O Apoio Matricial origina-se da concepção teórico-metodológica do Apoio Paidéia (Método da Roda), elaborado por Gastão Wagner (CAMPOS, 2000) e colaboradores. Este referencial vem sendo incorporado por diversas instituições públicas de saúde, tanto no âmbito das políticas, quanto nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, considerando que o Apoio Paidéia resulta de experiências do trabalho vivo em ato, buscando ampliar a capacidade das pessoas de compreenderem e lidarem com o poder, conhecimento e os afetos (CAMPOS *et al.*, 2014). De acordo com os autores:

O Apoio Paidéia é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais, mas de um modo complementar para realizar coordenação, planificação, supervisão e avaliação do trabalho em

equipe [...] O termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apóia sustenta e empurra o outro. Sendo, em decorrência, sustentado e empurrado por sua vez pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo (CAMPOS, 2000).

Desse modo, o Apoio Matricial acaba sendo um dispositivo para auxiliar na organização dos processos de trabalho em saúde no âmbito da APS, levando a lógica da gestão colegiada (conhecida por cogestão) e do apoio para as relações interprofissionais (CAMPOS *et al.*, 2014), buscando assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas e saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011). Essa retaguarda se operacionaliza tanto por meio de suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, como também pela dimensão clínico-assistencial. Importante frisar que o Apoio Matricial não se operacionaliza apenas na APS, mas pode ocorrer em outros níveis de atenção à saúde.

Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se organiza em equipes multiprofissionais para apoio das eSF. Esses Núcleos desenvolvem seu processo de trabalho de modo integrado, apoiando as equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007), por meio de compartilhamento de saberes e práticas entre os diversos profissionais, através de diversas ferramentas de cuidado, buscando a continuidade e longitudinalidade do cuidado ofertado aos usuários, a partir da lógica da integralidade, com vistas a ampliar o escopo das ações ofertadas e resolutividade e qualidade da AB (BRASIL, 2008, 2015a).

As equipes de NASF desenvolvem seu processo de trabalho por meio de ferramentas de cuidado individual e compartilhado, dentre as quais: atendimentos individuais e compartilhados entre NASF e eSF, atendimentos domiciliares, discussão de casos, construção de projetos terapêuticos singulares (PTS)⁴, momentos de educação permanente entre as equipes, reuniões de equipe, trabalhos em grupo centrados na educação em saúde e intervenções no território (BRASIL, 2010a, 2015a), ampliando a possibilidade de realizar clínica ampliada e compartilhada⁵.

⁴ Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2010).

⁵ A clínica ampliada e compartilhada busca a cogestão do atendimento, da assistência e do cuidado entre os profissionais responsáveis e usuários (CAMPOS, 2000, 2003).

Ao longo dos anos, observou-se um aumento considerável de equipes de NASF implantadas nos municípios. Essa indução foi fortalecida por normativa que estabelecia a inserção de novas categorias profissionais e conformações de equipes de NASF, com o intuito de contemplar os municípios de menor porte populacional e reduzir a cobertura de eSF a serem apoiadas pelo NASF (BRASIL, 2012). Com a nova PNAB, o NASF passou a ser denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ampliando a responsabilidade na medida em que passam a apoiar também as equipes de Atenção Básica ditas tradicionais (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, destaca-se que o processo de trabalho orientador do NASF se pauta nas diretrizes da Atenção Básica e é focado prioritariamente no referencial do Apoio Matricial, o que acabou gerando certa dificuldade de entendimento do seu fazer e das práticas desenvolvidas, tendendo muito mais ao desenvolvimento de ações assistenciais (ligadas à dimensão clínico-assistencial), em detrimento das ações de educação permanente, prevenção e promoção da saúde (relacionadas à dimensão técnico-pedagógica) (MELO *et al.*, 2018). Campos e Domitti trazem alguns objetivos do Apoio Matricial:

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde [...] pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. [...] Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Importante destacar que apesar da PNAB vigente nomear como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), neste estudo utilizou-se a nomenclatura anterior, considerando que as mudanças estabelecidas na nova regulamentação não apontam de forma clara e evidente o Apoio Matricial enquanto fundamentação teórica e metodológica norteadora do funcionamento do NASF (MELO; MIRANDA, 2018). Este estudo irá utilizar o entendimento e a nomenclatura NASF, enquanto equipes multiprofissionais que buscam ampliar a resolutividade e aumentar o escopo e qualidade das ações ofertadas no âmbito da APS, por meio do arranjo organizacional e metodológico do matriciamento (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa descritiva e analítica, para investigar fatores associados à oferta de PICS no âmbito da APS (equipes de APS e NASF), no estado da Bahia.

O estado da Bahia possui 417 municípios, distribuídos em nove macrorregiões, institucionalmente denominadas por Núcleos Regionais de Saúde (NRS)⁶ e 28 Regiões de Saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BAHIA, 2007) e a Lei Estadual (BAHIA, 2014) que modificou a estrutura organizacional e administrativa do estado a partir do ano de 2015. Foram incluídos na pesquisa os municípios do estado que participaram da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB no ano de 2017.

O estudo utilizou dados secundários, oriundos do terceiro ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB, cuja coleta ocorreu no ano de 2017, por meio de parceria entre Ministério da Saúde e instituições de ensino e pesquisa, disponíveis no site eletrônico do MS (www.saude.gov.br/pmaq).

Para o primeiro estudo, as variáveis de interesse foram extraídas do Módulo II (Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica), que tinha o intuito de avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários, através de um conjunto de variáveis contidas no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2017d). A seleção das variáveis deste módulo foi fundamentada nos referenciais teóricos (Atenção Primária à Saúde, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Processo de Trabalho em Saúde) e contemplou elencar as descrições e categorias que contribuíssem na identificação dos fatores associados à oferta de PICS pelas equipes da APS, conforme poderá ser observado no Quadro 1.

Para o segundo estudo, os dados foram extraídos do Módulo IV (Entrevista com profissional do NASF e verificação de documentos na UBS), para avaliar o processo de trabalho destas equipes e organização do cuidado junto aos usuários, a partir de um conjunto de variáveis listadas no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB (BRASIL, 2017d). Este módulo correspondia às equipes de NASF existentes e aderidas

⁶ Ficam extintas as Diretorias Regionais de Saúde Dires e criados os Núcleos Regionais de Saúde NRS, com a finalidade de acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos municípios (BAHIA, 2014).

ao programa. A seleção das variáveis deste módulo se embasou no referencial teórico onde elencou-se as descrições e categorias que auxiliassem na identificação dos fatores associados à oferta de PICS pelo NASF, de acordo com Quadro 2. Vale destacar que os dados do Módulo IV estão disponíveis no site eletrônico do MS (www.saude.gov.br/pmaq).

Para cada estudo específico foi construído um quadro teórico de referência (Quadros 1 e 2) baseado em pressupostos teóricos. No estudo 1, utilizou-se os seguintes referenciais teóricos: Atenção Primária à Saúde abrangente, teoria do Processo de Trabalho em Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. O processo de trabalho em saúde baseia-se na vertente marxista do trabalho, voltado para o campo da saúde. No estudo 2, utilizou-se os pressupostos: Atenção Primária à Saúde abrangente, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Apoio Matricial na APS.

Quadro 1. Dimensões, subdimensões, variáveis independentes relacionadas à caracterização dos municípios e à relacionadas à processo de trabalho das equipes de APS e suas respectivas categorias, eleitas para explorar os fatores associados à oferta de PIC (variável dependente) na APS no estado da Bahia, 2017.

Dimensão	Subdimensões	Variáveis	Categorias
Caracterização municipal	Localização Geográfica	Núcleo Regional de Saúde	Centro-Leste Centro-Norte Extremo-Sul Leste Nordeste Norte Oeste Sudoeste Sul
	Desenvolvimento Humano	Porte Populacional	Pequeno < 25.000 Médio ≥ 25.000 a 100.000 Grande ≥ 100.000
		IDH	≥ 0,660 < 0,660
		Índice de Gini	≥ 0.6278 < 0.6278
	Financiamento	PIB per capita	≥ 10.000 < 10.000
		Despesas em saúde com recursos próprios por habitante	≥ 225,00 < 225,00
	Cobertura	Cobertura ESF	≥ 95% < 95%
		Cobertura AB	≥ 95% < 95%

Processo de Trabalho	Instrumentos	No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela: Gestão municipal Gestão estadual Pela própria equipe/unidade de saúde Por outras equipes/unidades de saúde Pela universidade	Sim = 1 Não = 2
		A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?	Sim = 1 Não = 2
	Relação entre Agentes	A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim = 1 Não = 2
		Os profissionais que realizam o apoio matricial são do NASF	Sim = 1 Não = 2
		A sua equipe realiza reunião de equipe?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do polo do Programa Academia da Saúde?	Sim = 1 Não = 2
	Atividades Desenvolvidas e Organização do Processo de Trabalho	A sua equipe utiliza o Telessaúde?	Sim = 1 Não = 2
		Existe definição da área de abrangência da equipe?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim = 1 Não = 2
		A sua equipe realiza atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais?	Sim = 1 Não = 2

Para Mendes Gonçalves, existe uma diferenciação entre instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos e instalações e outros. Já os não-materiais são os saberes, que fazem a articulação entre sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. O autor destaca que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Quadro 2. Dimensões, subdimensões, variáveis independentes e respectivas categorias eleitas para explorar os fatores associados à oferta de PICS pelo NASF (variável dependente) no estado da Bahia, 2017.

Dimensões	Subdimensões	Variáveis	Categorias	
Apoio Matricial	Retaguarda Clínico-assistencial	O NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco?	Sim = 1 Não = 2	
		Quais situações/evidências indicam esse aumento de resolutividade? - Maior diversidade de ações ofertadas na AB	Sim = 1 Não = 2	
		O NASF apoia e desenvolve com as EqAB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?	Sim = 1 Não = 2	
		O NASF apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental?	Sim = 1 Não = 2	
		O NASF utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICS	Sim = 1 Não = 2	
	Apoio Técnico-pedagógico	- Quais atividades a coordenação/referência desenvolve junto ao NASF? - Mediação ativa e monitoramento dos pactos de trabalho colaborativos entre profissionais do NASF e das ESF. - Planejamento das atividades do NASF - Monitoramento e avaliação das atividades do NASF - Oferta de atividades pedagógicas (capacitações, cursos etc.) - Apoio para articulação intersetorial - Apoio para articulação intrasetorial		Sim = 1 Não = 2
			A sua equipe NASF apoia quantas EqAB? (inclui equipes saúde da família, equipes ribeirinhas, e equipes de consultório na rua)	1 equipe = 1 2 equipes = 2 3 equipes = 3 4 equipes = 4 5 equipes = 5 6 equipes = 6 7 equipes = 7 8 equipes = 8 9 equipes = 9 Mais de 9 equipes = 10
			Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF?	Sim = 1 Não = 2
			O NASF promove ou participa de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica?	Sim = 1 Não = 2
			O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas que as Equipes de Atenção Básica consideram pertinentes?	Sim = 1 Não = 2
			Quem participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente: - Profissionais da Equipe de Atenção	Sim = 1 Não = 2

		Básica - Profissionais do NASF - Gestão municipal	
		A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe NASF realiza planejamento de suas ações a partir de diagnóstico do território?	Sim = 1 Não = 2
		As ações do NASF são planejadas de forma articulada ao planejamento das EqAB?	Sempre = 1 Na maioria das vezes = 2 Algumas vezes = 3 Nunca = 4
		A equipe NASF se reúne para discutir seu processo de trabalho?	Sim = 1 Não = 2
		O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?	Sim = 1 Não = 2
		O NASF apoia e desenvolve com as EqAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe do NASF desenvolve suas atividades de forma integrada com as EqAB?	Sim = 1 Não = 2

Para o primeiro estudo, considerou-se variável dependente a oferta de PICS por equipes da APS (eSF e eAB). As variáveis independentes no primeiro estudo foram agrupadas em duas dimensões: distal (relacionadas à caracterização municipal) e proximal (relativas ao processo de trabalho das equipes de APS).

A dimensão municipal contemplou distintas subdimensões, a saber: localização geográfica (Núcleo Regional de Saúde/NRS); Desenvolvimento Humano (porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano/IDH e Índice de Gini); Financiamento (Produto Interno Bruto - PIB e despesas em saúde com recursos próprios por habitante); Atenção à Saúde/Cobertura (coberturas Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família). Todas essas informações foram retiradas de fontes de informações oficiais, a saber: IDH (estado e municípios) foram fornecidos pela SEI (BAHIA, 2020); índice de Gini do DATASUS (BRASIL, 2010b); PIB per capita (baseado na média estadual); despesas em saúde com recursos próprios por habitante, retirado da página do SIOPS (BRASIL, 2010c); coberturas de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, do site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017e).

Quanto à dimensão processo de trabalho das equipes de APS, considerou-se as seguintes subdimensões: instrumentos; relação entre os agentes; atividades

desenvolvidas e organização do processo de trabalho. Essas variáveis foram oriundas do banco PMAQ-AB.

Para a análise univariada foram descritas as frequências absolutas e relativas de cada um dos tipos de PICS ofertadas, segundo o Núcleo Regional de Saúde, seguido da distribuição da frequência absoluta e relativa de cada uma das variáveis independentes, segundo a oferta de PICS. A regressão logística verificou a associação bruta e ajustada de cada uma das variáveis independentes segundo a variável desfecho, utilizando como medida de associação a *Odds Ratio* (OR) em cada estrato das variáveis independentes, com respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%. A significância estatística foi ainda avaliada pelo Teste Qui-quadrado de Pearson. Aquelas cujo valor de p foi $\leq 0,20$ foram consideradas importantes para o modelo multivariado, sendo considerado estatisticamente significantes aquelas com valor de $p \leq 0,05$.

Em estudos epidemiológicos, modelos de regressão são utilizados para investigar associação entre uma variável de interesse (variável resposta ou dependente) e um ou mais preditores, definidos como variáveis independentes, utilizando-se de modelos matemáticos que possam auxiliar na interpretação dos dados (AMORIM, OLIVEIRA; FIACCONE, 2014).

Para o primeiro estudo, identificado com o título “Fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia: uma análise a partir do terceiro ciclo do PMAQ-AB.”, foi feita a análise multivariada e multinível. Na análise multivariada, após construir o modelo vazio (somente com o intercepto), comparou-se com o modelo saturado (variável agregada). Inicialmente, foi estimado o "modelo nulo" (isto é, sem variáveis explicativas, apenas considerando a variável resposta e o nível 2 de interesse), possibilitando o cálculo da Intra-class correlation (ICC), indicador do grau de agrupamento das unidades de saúde em estudo. Esta estatística permite ter-se uma melhor noção da magnitude do efeito do segundo nível; ICC maiores que 0,05 foram consideradas evidências de agrupamento (HECK *et al.*, 2014), isto é, de que há dependência entre as unidades pertencentes ao nível 2.

A confirmação da importância de prosseguir com análise multinível, no lugar de regressão logística de único nível, foi realizada pelo Teste de Máxima Verossimilhança (LR test), que compara os dois modelos. Confirmada a dependência significativa dentro dos municípios (nível 2) na realização de PICS, foram estimados os modelos controlados por variáveis de interesse, permitindo avaliar os efeitos fixos (nível 1) e/ou

efeitos aleatórios (nível 2). A importância das variáveis preditoras foram avaliadas pela OR e respectivo valor de $p < 0,005$ e pelo teste X^2 de Wald. A estatística de correlação intraclasse (ICC) identificou variação importante (valor de $p > 0,05$) e o Irtest (0,000) confirmou que havia dependência significativa dentro dos municípios (nível 2) na realização de PICS, demonstrando, portanto, indícios relevantes para proceder Modelo Multinível.

No segundo estudo, intitulado por “Oferta de Práticas Integrativas e Complementares pelo NASF: um estudo de fatores associados, a partir do terceiro ciclo do PMAQ-AB”, em um primeiro momento, realizou-se uma análise descritiva (frequências absoluta e relativa) por tipo de PICS ofertada, segundo Núcleo Regional de Saúde (conhecido por macrorregião de saúde). Para analisar os fatores associados à variável desfecho (oferta de PICS pelo NASF), as variáveis independentes foram agrupadas em dois níveis: nível distal (relacionadas à subdimensão clínico-assistencial) e nível proximal (que dizem respeito à subdimensão técnico-pedagógica, envolvendo o processo de trabalho das equipes de NASF).

A subdimensão clínico-assistencial contemplou 05 (cinco) variáveis, a saber: avaliação de casos complexos e classificação de risco; aumento de resolutividade relacionada à maior diversidade de ações ofertadas na AB; apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas; apoio e desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental; e utilização de algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICS. Já na subdimensão técnico-pedagógica identificou-se um conjunto de 19 variáveis pertinentes para esta análise (Quadro 1).

Na fase exploratória foi realizada uma análise bivariada, correlacionando cada uma das variáveis independentes com a variável desfecho, por nível hierárquico (distal e proximal). Todas as variáveis que apresentaram uma associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,20$) foram analisadas por regressão logística, obtendo-se a *Odds Ratio* Bruta e Ajustada.

Em ambos os estudos, os dados foram analisados no programa estatístico Stata® versão 13. Para mostrar a distribuição territorial dos municípios que possuem equipes de APS que ofertam PICS no estado da Bahia, assim como a distribuição de equipes de NASF que ofertam PICS, foi utilizado o programa QGIS®. Os resultados de ambos os estudos estão apresentados sob o formato de dois artigos, contendo tabelas, gráficos e mapas.

Os estudos dispensaram a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois ambos utilizaram dados secundários do banco de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, disponíveis para acesso público (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão da dissertação são apresentados no formato de artigos científicos. O Artigo 1 intitulado “Fatores associados à oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia: uma análise a partir do terceiro ciclo do PMAQ-AB” e foi submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública, e, por isso, está aqui apresentado de acordo com as normas do periódico. O Artigo 2 intitulado “Oferta de Práticas Integrativas e Complementares pelo NASF: um estudo de fatores associados, a partir do terceiro ciclo do PMAQ-AB”, ainda não foi submetido à publicação.

5.1. Artigo 1

Fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia: uma análise a partir do terceiro ciclo do PMAQ-AB.

RESUMO

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) vêm se inserindo de forma crescente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, é relevante desenvolver estudos relacionados à oferta dos tipos de práticas, bem como dos fatores associados a esta oferta. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia, a partir dos resultados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB (2017). Estudo exploratório, de corte transversal, de natureza quantitativa, a partir dos resultados da avaliação do terceiro ciclo do PMAQ-AB (2017), que contemplou 408 municípios da Bahia (97,8%). Para analisar os fatores associados à variável de desfecho (oferta de PICS), foram utilizados dois níveis de variáveis independentes: nível distal (relacionadas à caracterização dos municípios e nível proximal (relacionadas ao processo de trabalho das equipes de APS). A análise bivariada verificou a distribuição de cada uma das variáveis independentes, em relação à oferta de PICS e o modelo multinível foi mais efetivo na identificação das variáveis que impactam na oferta de PICS. A oferta de PICS no estado da Bahia foi heterogênea, concentrando-se em três núcleos regionais de saúde. A PICS mais ofertada no estado foi a Terapia Comunitária Integrativa, apresentando a maior frequência. As variáveis de caracterização municipal, como IDH, índice de Gini, porte populacional e despesas em saúde com recursos próprios por habitante apresentaram relação de associação com a oferta de PICS, assim como grande parte das variáveis de dimensão de processo de trabalho das equipes de APS. A análise multivariada multinível apontou maior chance de oferta de PICS nos municípios com maior porte populacional e naqueles que investem mais com recursos próprios. Foi possível também identificar as principais PICS que foram ofertadas pelas equipes, de acordo com os dados da avaliação externa do PMAQ-AB. Conclui-se que a oferta de PICS foi evidenciada em equipes pertencentes à municípios com maior porte populacional, com maior investimento de recursos próprios em saúde e com melhor organização do seu processo de trabalho em saúde.

Palavras-chaves: Terapias Complementares; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Integrative and complementary practices in health (PICS) have been increasingly inserted in the scope of Primary Health Care. In this context, it is relevant to develop studies related to the offer of types of practices, as well as the factors associated with this offer. The objective of this study was to identify the factors associated with the offer of integrative and complementary practices in Primary Health Care in the state of Bahia, based on the results of the external evaluation of the third cycle of the PMAQ-AB (2017). Exploratory, cross-sectional study of a quantitative nature, based on the results of the evaluation of the third cycle of the PMAQ-AB (2017), which included 408 municipalities in Bahia (97.8%). To analyze the factors associated with the outcome variable (supply of PICS), two levels of independent variables were used: distal level (related to the characterization of municipalities and proximal level (related to the work process of the PHC teams). the distribution of each of the independent variables in relation to the offer of PICS and the multilevel model was more effective in identifying the variables that impact the offer of PICS. The offer of PICS in the state of Bahia was heterogeneous, concentrating on three cores. The most frequently offered PICS in the state was Integrative Community Therapy, with the highest frequency. The variables of municipal characterization, such as HDI, Gini index, population size and health expenditure with own resources per inhabitant were associated with the PICS offer, as well as most of the work process dimension variables of the APS teams. Multilevel investment showed a greater chance of offering PICS in cities with a larger population and in those that invest more with their own resources. It was also possible to identify the main PICS that were offered by the teams, according to data from the external assessment of the PMAQ-AB. It is concluded that the offer of PICS was evidenced in teams belonging to cities with a larger population, with greater investment of their own resources in health and with better organization of their health work process.

Keywords: Complementary Therapies; Health Unic System; Primary Health Care. Family Health Strategy.

Introdução

Nas últimas décadas observou-se um movimento crescente na utilização das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), Medicina Tradicional e Complementar (MTC) ou Medicinas Tradicionais (MT), nos sistemas públicos de saúde¹. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), essas medicinas envolvem um conjunto variado de práticas, saberes e produtos agrupados que se referem ao conjunto das medicinas não convencionais¹.

A recomendação da OMS, para que se desenvolvam estratégias para a implantação dessas medicinas alternativas e tradicionais nos serviços públicos de saúde, existe desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, com a Declaração de Alma Ata², entretanto Luz³ enfatiza que o crescimento na oferta de novas terapias e medicinas alternativas na sociedade contemporânea parece ser resultado de uma dupla crise da saúde (sanitária e médica), que acaba afetando as relações existentes entre a cultura e a medicina tradicional.

A temática das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), segundo Martins⁴, valoriza um novo paradigma plural do cuidado que pode inspirar outras mudanças paradigmáticas que contribuam para fazer vibrar uma consciência ampliada e solidária do humano na sociedade brasileira. De acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as PICS definem-se enquanto práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizado e centradas na integralidade, estimulando mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Busca focar numa escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, com vistas à uma visão ampliada do processo saúde-doença e promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado⁵. Este estudo utilizou esta concepção de práticas integrativas e complementares em saúde.

No Brasil, o termo Práticas Integrativas e Complementares em Saúde foi estabelecido no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da publicação da política via portaria⁶. Todavia, esse movimento foi iniciado com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e amplamente difundido a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde estabeleceu-se princípios e diretrizes, dentro os quais, a integralidade do cuidado à

saúde e deliberou-se no seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”⁷.

A PNPIC reconheceu no SUS a Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Medicina Antroposófica, uso de plantas medicinais/Fitoterapia e o Termalismo/Crenoterapia⁶ e orientou que estas práticas fossem inseridas e fortalecidas em todos os níveis de atenção à saúde, enfatizando o nível primário, ou seja, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em 2017, outras práticas foram incorporadas à política, dentre as quais estão a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga⁸, seguida de nova ampliação do escopo de práticas no ano de 2018, através da inclusão das práticas de Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica/Antroposofia aplicada à saúde, Ozonioterapia e Terapia de Florais, ampliando dessa maneira o escopo de ofertas de PICS no SUS⁹.

Os autores Tesser e Sousa¹⁰ afirmam que o lócus ideal das PICS no SUS é a Estratégia de Saúde da Família, todavia, sua inserção necessita da iniciativa de gestores municipais com indução do governo federal, investimento em ações de educação continuada e permanente, além de investimentos em processos formativos que qualifiquem os profissionais em serviço.

As PICS vem se inserindo de forma lenta no âmbito da APS¹¹ e essa inserção provavelmente está mais associada à possibilidade recente de seu registro e à forma de coleta e divulgação dos dados pelo Ministério da Saúde (MS) do que a um consistente movimento de inserção institucional dessas práticas nos serviços de APS. Acredita-se que as PICS podem auxiliar de maneira significativa na melhoria da realidade atual, em que a medicina biomédica possui supervalorização e preponderância, além de ser estabelecida e disseminada e a APS tem um papel essencial nesse processo.

Nessa direção, alguns autores mostram que, para os gestores, uma das principais dificuldades para a implementação das PICS é a resistência por parte de alguns profissionais de saúde, associadas à escassez de evidências científicas, bem como ausência de apoio logístico e estrutural à gestão local¹².

Por outro lado, Barbosa e colaboradores¹³ apontam que a oferta de PICS é fragilizada e interrompida nos serviços de saúde e enfatizam que a expansão e oferta de PICS no país se deve muito mais aos profissionais, do que ao apoio da gestão local.

Em que pese o crescimento da oferta de PICS, ainda existem lacunas no conhecimento a serem exploradas. Um estudo para analisar a implementação, acesso e uso de PICS no SUS, mostrou que apesar do aumento no uso destas práticas, seu potencial terapêutico e contribuições para a saúde ainda precisam ser mais explorados¹⁴. Ainda nessa direção, Azevedo e colaboradores¹⁵ apontam que por serem práticas que vem se inserindo de forma crescente, principalmente no âmbito da APS, fica evidente a importância e necessidade de se desenvolverem estudos relacionados à sua oferta, aos tipos ofertados e aos fatores que estão associados a esta oferta.

Em estudo avaliativo, outros autores¹⁶ tratam de um grau expressivo de implantação de PICS no âmbito estadual no que se refere à oferta aos usuários nesse novo modelo de atenção à saúde, que permite um olhar diferenciado sobre o indivíduo e seu processo de saúde-doença.

Ademais, destaca-se a escassez de estudos sobre as PICS no estado da Bahia. Desse modo, este estudo objetivou identificar os fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde no estado da Bahia, a partir dos resultados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB ocorrido no ano de 2017.

Metodologia

Construiu-se um quadro teórico de referência (Quadro 1) baseado nos pressupostos da atenção primária à saúde abrangente¹⁷ e na teoria do Processo de Trabalho em Saúde. O processo de trabalho em saúde¹⁸ baseia-se na vertente marxista do trabalho, voltado para o campo da saúde. Quanto ao processo de trabalho em saúde¹⁹, Mendes Gonçalves propõe a análise a partir dos seguintes componentes: o objeto de trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Para Mendes Gonçalves^{18,19}, existe uma diferenciação entre instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos e instalações e outros. Já os não-materiais são os saberes, que fazem a articulação entre sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais.

Tipo de estudo, local e período

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa descritiva e analítica para investigar fatores associados à oferta de PICS no âmbito da APS, no estado da Bahia. O estado da Bahia se distribui em nove Núcleos Regionais de Saúde (conhecidos por macrorregiões), conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR), aprovado em CIB²⁰ e conforme Lei que modificou a estrutura organizacional e administrativa do estado²¹ no ano de 2015. Foram incluídos na pesquisa todos os municípios do estado que participaram da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, realizado no ano de 2017, baseado nas prerrogativas da portaria ministerial do referido programa²².

Coleta, sistematização e análise dos dados

O estudo utilizou dados secundários provenientes do terceiro ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, cuja coleta foi realizada no ano de 2017, envolvendo parceria entre Ministério da Saúde e instituições de ensino e pesquisa, disponíveis no site eletrônico do MS (www.saude.gov.br/pmaq). As variáveis de interesse foram extraídas do Módulo II (Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica), que tinha o objetivo de avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários, por intermédio de uma relação de variáveis contidas no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB²³. A seleção das variáveis deste módulo se pautou nos referenciais teóricos e contemplou elencar as descrições e categorias que contribuíssem na identificação dos fatores associados à oferta de PICS pelas equipes da APS.

Para este estudo, considerou-se variável dependente, a oferta de PICS por equipes da APS. As variáveis independentes foram agrupadas em dois níveis: distal (relacionadas à caracterização municipal) e proximal (relativas ao processo de trabalho das equipes de APS). A dimensão municipal contemplou distintas subdimensões, contempladas no Quadro 1. Todas as informações foram retiradas de fontes oficiais, a saber: IDH (estado e municípios) foram fornecidos pela SEI²⁴; índice de Gini do DATASUS²⁵; PIB per capita conforme a média estadual; as despesas em saúde com recursos próprios por habitante, do SIOPS²⁶; coberturas de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, do site do Ministério da Saúde²⁷. No que tange ao porte

populacional, utilizou-se pontos de corte embasados em estudo epidemiológico recente²⁸.

Quanto à dimensão processo de trabalho das equipes de APS, considerou-se as seguintes subdimensões: instrumentos; relação entre os agentes; atividades desenvolvidas e organização do processo de trabalho. Estas variáveis foram oriundas do banco PMAQ-AB.

A análise bivariada verificou a associação bruta de cada uma das variáveis independentes segundo a variável desfecho, utilizando como medida de associação a Odds Ratio (OR) em cada estrato das variáveis independentes, com respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%. Aquelas cujo valor de p foi $\leq 0,20$ foram consideradas importantes para o modelo multivariado.

Na análise multivariada, após construir o modelo vazio (somente com o intercepto), comparou-se com o modelo saturado (variável agregada). Inicialmente, foi estimado o "modelo nulo" (isto é, sem variáveis explicativas, apenas considerando a variável resposta e indicando o nível de interesse, neste caso, o nível 2), possibilitando o cálculo da Intra-class correlation (ICC), indicador do grau de agrupamento das unidades de saúde em estudo. Esta estatística permite ter-se uma melhor noção da magnitude do efeito do segundo nível, ICC maiores que 0,05 foram consideradas evidências de agrupamento²⁹, isto é, de que há dependência entre as unidades pertencentes ao nível 2.

A confirmação da importância de prosseguir com análise multinível, no lugar de regressão logística de único nível, foi realizada pelo Teste de Máxima Verossimilhança (LR test), que compara os dois modelos. Confirmada a dependência significativa dentro dos municípios (nível 2) na realização de PICS, foram estimados os modelos controlados por variáveis de interesse, permitindo avaliar os efeitos fixos (nível 1) e/ou efeitos aleatórios (nível 2). A importância das variáveis preditoras foram avaliadas pela OR e respectivo valor de $p < 0,005$ e pelo teste X^2 de Wald. A estatística de correlação intraclass (ICC) identificou variação importante (valor de $p > 0,05$) e o lrtest (0,000) confirmou que havia dependência significativa dentro dos municípios (nível 2) na oferta de PICS, demonstrando, portanto, indícios relevantes para proceder Modelo Multinível.

Os dados foram analisados no programa estatístico Stata® versão 13. Para mostrar a distribuição territorial dos municípios que possuem equipes de APS que ofertam PICS, no estado da Bahia, foi utilizado o programa QGIS®. Os resultados estão apresentados em tabelas, gráficos e mapas.

Esta pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois utilizou dados secundários do banco de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB, disponíveis para acesso público (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Resultados

Em 2017, dos 417 municípios do Estado da Bahia, 245 possuíam equipes de APS que ofertavam PICS correspondendo a 58,75% do total. Essa oferta teve uma distribuição heterogênea, com concentração nos NRS Leste, Centro-Leste e Sudoeste e visivelmente dispersa nos NRS Oeste e Norte (Figura 1).

A prática integrativa e complementar em saúde mais ofertada no estado da Bahia foi a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) (13,4%), sendo o maior percentual de oferta no NRS Centro-Leste (16,4%), enquanto a Ayurveda teve a menor frequência no estado (0,8%). Os NRS Norte, Sudoeste e Oeste foram aqueles nos quais existiam todas as PICS (19 tipos), enquanto o NRS Nordeste não ofertou 05 das 19 modalidades de PICS (Tabela 1).

Observou-se que no NRS Leste, que engloba a capital do estado e região metropolitana, a PICS mais ofertada pelas equipes de APS foi a Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia (23,7%), seguida de Musicoterapia (15,9%) e Quiropraxia (15,4%). É relevante destacar que, nos NRS Sul e Extremo-Sul, as práticas mais ofertadas (Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia, Terapia Comunitária Integrativa e Musicoterapia), tiveram características de distribuição semelhante. No tocante às Racionalidades Médicas, observou-se que a Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia teve maior ocorrência nos NRS Extremo-Sul, Leste, Nordeste e Sudoeste, enquanto a Ayurveda nos NRS Norte e Sudoeste (Tabela 1).

Observando a oferta de PICS no nível distal (caracterização municipal), verificou-se que os maiores percentuais se concentraram nos seguintes NRS: Leste (15,87%; $p=0,000$), Centro-Leste (14,56%; $p=0,000$) e Sudoeste (13,68%; $p=0,000$). Em relação ao porte populacional, notou-se que os municípios de médio e pequeno porte tiveram percentuais maiores quando comparado aos municípios de grande porte. A oferta de PICS também foi mais evidente nos municípios com IDH $\geq 0,660$, índice de Gini $< 0,6278$ e despesas em saúde com recursos próprios (Tabela 2).

No nível proximal (processo de trabalho das equipes de APS), quando analisado apenas a oferta de PICS, observou-se maiores percentuais dentre as equipes que: realizavam reuniões de equipe (99,85%; $p=0,000$); realizavam acolhimento à demanda espontânea na unidade (99,56%; $p=0,000$); realizavam alguma atividade para o planejamento de suas ações (99,42%; $p=0,000$); recebiam apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos (99,13%; $p=0,000$); definiam a área de abrangência para a atuação da equipe (99,13%; $p=0,000$); utilização de protocolos/critérios para orientação dos casos atendidos no acolhimento (96,80%; $p=0,000$); disponibilização de informações para análise de situação de saúde (96,36%; $p=0,000$); participavam de ações de EPS principalmente organizadas pela gestão municipal (96,51%; $p=0,000$) e pela própria equipe (92,14%; $p=0,000$); recebiam apoio matricial pelo NASF (84,72%; $p=0,000$) e utilizavam a ferramenta do Telessaúde (83,41%; $p=0,000$) (Tabela 2).

Na análise bruta pela regressão logística (Tabela 3), observou-se que apresentaram significância estatística os NRS Centro-Norte (OR 2,11; IC^{95%} 1,50 - 2,97), Extremo-Sul (OR 1,82; IC^{95%} 1,29 - 2,57) e Norte (OR 1,70; IC^{95%} 1,21 - 2,39). Seguindo, verificou-se que a chance de oferta de PICS em municípios de médio porte populacional foi 33% maior quando comparado aos municípios de grande porte.

Quanto ao índice de Gini, notou-se que os municípios com índice $\geq 0,6278$ apresentaram 44% menor chance de ofertar PICS (OR 0,56; IC^{95%} 0,41 - 0,78) quando comparado aos municípios com índice $< 0,6278$. No que se refere ao IDH, identificou-se que a chance de ofertar PICS em municípios com IDH $< 0,660$ foi 27% menor (OR 0,73; IC^{95%} 0,57 - 0,95) quando equiparado àqueles municípios com $\geq 0,660$. Por último, mostrou-se que municípios que possuem menor despesa em saúde com recursos próprios por habitante ($< R\$ 225,00$) expressou 17% menor chance de ofertar PICS (OR 0,83; IC^{95%} 0,70 - 0,98) quando comparado aos municípios com maior despesa em saúde ($\geq R\$ 225,00$). As demais variáveis de caracterização municipal não apresentaram significância estatística.

Ainda sobre a Tabela 3, em destaque para a dimensão de processo de trabalho das equipes de APS, verificou-se que houve significância estatística em todas as variáveis de cada subdimensão, com exceção da variável que aborda as equipes que realizam atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais ($p=0,840$). Vale ressaltar que a chance de ofertar PICS por equipes que não participam de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal (OR 0,22; IC^{95%}

0,14 – 0,33) e pela própria equipe (OR 0,27; IC^{95%} 0,20 – 0,36) foi respectivamente 78% e 73% menor quando comparado às equipes que participam de ações de EPS.

Destaca-se, também, que tiveram menor chance de ofertar PICS aquelas equipes que não realizavam reunião (OR 0,03; IC^{95%} 0,00 – 0,20), não realizavam acolhimento à demanda espontânea (OR 0,07; IC^{95%} 0,02 – 0,22), não realizavam de atividades de planejamento das ações (OR 0,08; IC^{95%} 0,03 – 0,21) e não tinham definição da área de abrangência de sua atuação (OR 0,15 IC^{95%} 0,07-0,34). Além disso, é importante salientar que equipes que não tinham apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos apresentaram 87% menor chance de ofertar PICS (OR 0,13; IC^{95%} 0,06 – 0,30), se comparado às equipes que recebiam apoio. Da mesma forma, observou-se que as equipes que não recebiam apoio matricial do NASF tinham 57% menor chance na oferta de PICS (OR 0,43; IC^{95%} 0,34 – 0,54) quando equiparado àquelas equipes que recebiam matriciamento do NASF.

Na Tabela 4, o Modelo 1 demonstra que considerando todos os municípios, a probabilidade incondicional de uma Unidade de ESF ofertar PICS foi de 15,2% (onde a probabilidade = $OR / [1 + OR]$). No nível 2, a estimativa da variância de 1,62 (1,20-2,20) e a correlação intermunicipal de 33% indicam que a variação na oferta de PICS pelas equipes está relacionada ao nível dos municípios, sugerindo que 33% da variância da oferta de PICS pelas unidades de ESF existe entre os municípios. O LR teste (0,000) confirmou que há dependência significativa dentro dos municípios (nível 2) na realização de PICS, demonstrando, portanto, indícios relevantes para proceder Modelo Multinível.

Ainda na Tabela 4, o Modelo 2 demonstra que, globalmente, a chance de ofertar PICS em unidades de saúde localizadas em municípios de menor porte (população inferior a 100.000 habitantes) e com gastos em saúde com recursos próprios menores que a média estadual (R\$ 225,00 por habitante) foi 59% menor (OR 0,41; IC^{95%} 0,24 - 0,70), quando comparados àqueles municípios de maior porte e com maiores gastos em saúde com recursos próprios. Quando observado mais especificamente, a chance de oferta de PICS em unidades pertencentes à municípios com gastos próprios em saúde inferiores à média do estado (R\$ 225,00 por habitante) foi 35% menor do que aqueles com gastos em saúde maior ou igual a média do estado (OR = 0,65; IC^{95%} 0,46 - 0,92).

Em relação ao porte populacional, a chance de municípios com menor porte oferecerem PICS foi 33% menor, quando comparados aos municípios de grande porte (OR 0,67; IC^{95%} 0,50 - 0,88). Neste modelo, o LR teste (0,000) revela que, mesmo com

a inclusão das variáveis preditoras, o modelo multinível é melhor que um modelo de regressão logística padrão; e X^2 de Wald (0,001) demonstra que pelo menos uma inclinação da unidade de saúde foi diferente de zero, para as variáveis preditoras incluídas. Quanto ao ajuste do modelo, os valores do AIC e do BIC indicam que o Modelo 2 é um melhor modelo, quando comparados Modelo 1.

Para o Modelo 3, as inclinações aleatórias de cada uma das variáveis preditoras testadas (IDH, cobertura ESF, porte populacional, gastos em saúde com recursos próprios) demonstraram variabilidade quase nula e sem parâmetros que melhorassem o desempenho do modelo e justificasse a entrada no nível 2 na análise. Desse modo, assumiu-se o Modelo 2 como o modelo final.

Discussão

Neste estudo, notou-se maior oferta de PICS nos NRS que se localizavam geograficamente mais próximos da capital do estado, podendo favorecer uma maior acessibilidade a essas práticas nos serviços da APS, diferentemente de NRS mais distantes, que provavelmente tenham a tendência a demandar mais de práticas biomédicas nos serviços de saúde, utilizando-se de recursos e saberes tradicionais e complementares fora da rede de serviços da APS local, corroborando com estudo recente de alguns autores¹³.

Verificou-se ainda que a oferta de PICS se destacou nos municípios com médio porte populacional e com menor índice de Gini, ou seja, naqueles que apresentaram menor desigualdade na distribuição e concentração de renda. Esta observação pode ser complementar a um estudo recente³⁰, em que foi evidenciado que municípios mais desiguais tiveram maior chance de reduzir o quantitativo de equipes na APS.

Foi possível mostrar neste estudo associação entre a oferta de PICS e despesas em saúde com recursos próprios por habitante, onde municípios que têm investido mais recursos financeiros em saúde, apresentaram maior chance de ofertar outras formas de cuidado, numa perspectiva mais vitalista e integral. Acredita-se que um fator que pode influenciar numa maior oferta de serviços de PICS em municípios com maiores investimentos de recursos em saúde possa estar relacionado à existência e reconhecimento de uma política específica para a oferta de um cuidado mais promotor de saúde, priorizando resposta natural do organismo e com menor potencial iatrogênico.

Em estudo de Sousa e colaboradores, constatou-se que sessões de acupuntura e práticas corporais passaram a ser mais ofertadas e registradas com a edição da PNPIC³¹, podendo supor que essa oferta de serviços esteja relacionada ao apoio da gestão local e profissionais interessados. No entanto, os mesmos autores percebem que, no que tange à PNPIC, existe certo grau de subnotificação no nível do SCNES e sistemas de informação, dificultando não apenas a oferta, mas também limitando processos de monitoramento e avaliação da oferta de PICS e dos possíveis resultados.

À semelhança dos nossos resultados, outros autores¹³ observaram em estudo recente que regiões do país com maiores investimentos em saúde, tendem a fomentar outras práticas de cuidado, para além da biomedicina.

A análise multinível foi essencial para mostrar a forte associação entre a oferta de PICS em municípios com maior porte populacional e com maiores despesas em saúde com recursos próprios, corroborando com um estudo recente³², que analisa a oferta de acupuntura na Atenção Básica em um estado do Brasil, evidenciando maior oferta de acupuntura em municípios de grande porte, onde existe maior possibilidade de aporte de recurso financeiro, melhor estruturação da rede de serviços da APS, bem como desenvolvimento tecnológico e científico.

Os achados do nosso estudo mostram a inserção e oferta de PICS na APS, corroborando com Sousa e Tesser¹⁰, que enfatiza a APS, em destaque a Estratégia de Saúde da Família, como sendo o lócus de inserção privilegiada das PICS no âmbito do SUS.

No que tange a dimensão de processo de trabalho, outros autores¹³ destacaram que os profissionais são os principais agentes responsáveis pela expansão das PICS no país e que esse movimento é feito independente de apoio financeiro da gestão para aquisição de insumos, bem como de investimentos, oferta de qualificações e processos formativos. Embora não tenhamos estudado o investimento financeiro feito diretamente à essas equipes, as variáveis apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos, apoio matricial do NASF e desenvolvimento de ações com profissionais da Academia da Saúde complementam os resultados do estudo supracitado¹³.

Ainda nessa dimensão e, em especial, na subdimensão de relação entre os agentes, notou-se que a oferta de PICS foi notória também naquelas equipes de APS que receberam apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos complexos, naquelas que receberam apoio matricial das equipes de NASF e naquelas que realizavam reuniões de equipe.

Por outro lado, analisando a subdimensão de instrumentos não-materiais, mostrou-se o predomínio de equipes que participam de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal e pela própria equipe impactando expressivamente na oferta de PICS, reforçado pela OR bruta. Notou-se com isso, que a mobilização da gestão e da própria equipe na oferta de processos de EPS estimula a identificação e inserção de temáticas relacionadas a outros modos de se pensar e realizar o cuidado, já que as PICS atuam na promoção da saúde mental e despertam o autocuidado³³.

Segundo Mendes Gonçalves¹⁹, os saberes que envolvem processos de educação permanente em saúde, também possibilitam a apreensão do objeto de trabalho, considerando que operacionalizar ações de EPS no âmbito das PICS apresenta certo grau de complexidade e importância, na medida em que se abordam conhecimentos e saberes tradicionais, que divergem do modelo de atenção hegemônico e atualmente vigente^{34,35}.

Nesta direção, as relações entre os agentes, enquanto subdimensão deste estudo e componente de análise da dimensão de processo de trabalho em saúde, revelou-se como um fator importante na oferta de PICS, apresentando forte significância estatística. Constatou-se associação das variáveis que tratam do apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos, do apoio matricial das equipes de NASF e da realização de reuniões entre os membros da equipe nas PICS ofertadas no âmbito da APS, ratificando o estudo que aponta as PICS contribuindo no processo de trabalho em saúde na APS, pois provocam reflexões acerca das relações de trabalho entre os profissionais no âmbito do SUS³⁶.

Os sentidos positivos que são atribuídos à oferta de PICS para a equipe reforçam o quanto essas práticas favorecem a integração entre as diferentes profissões que compõem as equipes de APS, estimulando a aproximação e conexão entre os profissionais, articulando saberes e práticas no enfrentamento dos contextos e na vinculação entre equipes e usuários³⁶. Esse resultado confirma a importância e valorização da atuação multiprofissional contribuindo para um cuidado mais ampliado e integral. Vale a pena destacar a importância e significado dos espaços de reuniões de equipe, como forma de viabilizar as trocas e promover o diálogo com escuta qualificada, alinhamentos acerca do processo de trabalho e fortalecimento de vínculo entre os profissionais.

No que concerne ao NASF, os resultados apontaram que a oferta de PICS foi mais evidente naquelas equipes que recebem apoio matricial do NASF, corroborando

com um estudo, onde é enfatizado que a presença de equipes de NASF proporciona maior expansão das PICS na APS, na medida em que tais profissionais podem atuar como retaguarda para diferentes equipes de APS, potencializando as intervenções por meio de ações de matriciamento, ações de promoção da saúde e ações coletivas¹⁰. Oportuno salientar outro estudo que cita as equipes de NASF como apoiadoras dos serviços da APS³⁷, na medida em que contribui no compartilhamento do cuidado e na ampliação da clínica ofertada aos usuários, além de promover ações de educação permanente pautadas nas necessidades de saúde no cotidiano dos serviços.

Ainda com relação à dimensão de processo de trabalho, na subdimensão de atividades desenvolvidas e organização do processo de trabalho, observou-se PICS sendo mais ofertadas por equipes com definição de área de abrangência, que realizavam atividades para planejamento das ações e acolhimento à demanda espontânea.

A realização de atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais não influenciou na oferta de PICS. Em estudo recente¹³, foi relatada uma baixa concentração de PICS na região norte do país, baseada em boletim informativo do Ministério da Saúde, sendo provável que tais práticas estejam sendo ofertadas informalmente por essas populações específicas e vulneráveis, fora dos serviços da APS.

Enfatiza-se também que delimitar a área de atuação das equipes, realizar reuniões de planejamento, e operacionalizar o acolhimento à demanda espontânea foram atividades potencializadoras para enfrentar e dirimir problemas e direcionar necessidades de saúde por meio da organização do processo de trabalho das equipes, favorecendo assim uma maior e melhor oferta de cuidado, incluindo-se, neste contexto, as PICS.

Em nosso estudo, percebeu-se que a oferta de PICS ficou mais evidente naquelas equipes que referiram utilizar o dispositivo do Telessaúde. Essa ferramenta virtual de apoio às equipes pode aumentar a resolubilidade da APS, contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento da EPS entre os profissionais³⁸, bem como auxiliar numa melhor organização do processo de trabalho da equipe.

Considerou-se como possíveis limitações deste estudo o próprio PMAQ-AB, que se caracteriza por um programa de âmbito federal, com cunho avaliativo, onde a participação dos municípios, por meio dos gestores e profissionais de saúde vinculados, está submetida a um repasse de recurso financeiro. Deduz-se, desta forma, possível existência de viés de informação³⁹ (desejabilidade social), tendo em vista que toda

coleta dos dados está interligada ao desempenho das equipes participantes e consequentemente ao repasse de recursos financeiros para os municípios aderidos ao programa.

A avaliação do PMAQ-AB possibilitou um reconhecimento da inserção e oferta de PICS na APS, a partir do grau de implantação das práticas, sendo entendida enquanto um mecanismo de indução financeira importante para a melhoria dos serviços e dos indicadores de saúde. Defende-se assim que a oferta de PICS seja potencializada por meio de estratégias indutoras e ferramentas mobilizadoras provenientes também da atuação protagonista dos gestores, a fim de favorecer maior difusão e sustentabilidade no SUS.

Conforme apontado em estudo voltado para práticas fitoterápicas⁴⁰, algumas ações podem fomentar maior oferta de tais práticas integrativas e complementares, dentre os quais, pôde-se elencar os investimentos em formações de profissionais de saúde, a sensibilização dos gestores e realização de novas pesquisas voltadas para conhecimento das práticas.

Ao articular os achados deste estudo com as políticas nacional e estadual de PICS, destaca-se o quanto os resultados apontados e discutidos neste estudo têm o potencial de incentivar e mobilizar os gestores municipais a pensar e operacionalizar estratégias que possibilitem a oferta das PICS¹⁴, não apenas no âmbito da APS, mas em toda sua Rede de Atenção à Saúde local, proporcionando amplo acesso e uso destas práticas por parte da população.

É interessante atentar para o fato de que a oferta de PICS nos serviços da APS, objeto deste estudo, pressupõe todo um processo complexo de estruturação e operacionalização de metodologias que favoreçam a implantação, implementação e acesso às PICS, conforme apontado por Santos e Tesser³⁴, que sistematiza em etapas, um modelo operacional pautado nas diretrizes orientadoras da PNPIC, e mais singularmente, nos elementos norteadores estabelecidas nas políticas estaduais.

Tendo em vista a nova PNAB⁴¹ e o novo modelo de financiamento, baseado nas diretrizes do Programa Previne Brasil⁴², questiona-se, olhando para o futuro, qual será o lugar das PICS no âmbito da APS, com a nova política, que traz uma perspectiva de fragmentação do cuidado na AB, fragilizando o princípio da integralidade⁴³. Além disso, a lógica do novo financiamento é bastante restritiva, contemplando indicadores de saúde selecionados que não contemplam as PICS, colocando as mesmas à margem da APS e do próprio SUS.

Conclusão

A oferta de PICS no âmbito da APS representa uma importante ação para estimular a ampliação do acesso às práticas de cuidado, por intermédio da complementariedade de olhares e saberes, incentivando o autocuidado, sob a perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população, na tentativa de mudança do modelo biomédico vigente.

A partir do estudo realizado, foi possível apontar as principais PICS que foram ofertadas pelas equipes, a saber: Terapia Comunitária Integrativa (TCI), Musicoterapia e MTC/Auriculoterapia. Observou-se o quanto a organização do processo de trabalho das equipes da APS influenciou positivamente na oferta de PICS, mostrando que a fragilidade e instabilidade da oferta pode não ser fruto apenas da não institucionalização, mas de aspectos relacionados ao *modus operandis* de tais equipes.

Por fim, o presente estudo se mostrou relevante e inovador, na medida em que conseguiu, também, apontar que as PICS foram mais ofertadas em municípios de maior porte populacional e que investem mais recursos financeiros em saúde, mostrando a influência das características municipais na oferta de PICS. É importante que sejam desenvolvidas novos estudos, com abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas, sobre a oferta de PICS no SUS e em especial na APS, voltados para o campo avaliativo e estudos no contexto da pandemia do Novo Coronavírus.

Referências

1. OMS. Organización de la Salud. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional: 2014-2023. Geneva, Organización Mundial de la Salud. 2013.
2. OMS. Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Declaração de Alma-Ata. Alma Ata, Cazaquistão, 1978.
3. Luz, MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, 2005; v. 15, supl, p. 145-176.
4. Martins PH. Prefácio. In: Barreto AF (org). *Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação*. Recife: Editora UFPE, 2014 p. 21.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no

- SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 2. ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2015
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 971, de 3 de maio de 2006. Diário Oficial da União, 2006.
 7. Brasil. 8° Conferência Nacional de Saúde. In: Anais da 8° Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS: 1986.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yôga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2017.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 702, de 21 de março de 2017. Altera a Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2018.
 10. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad. Saúde Pública. 2017; 33 (1): e00150215.
 11. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde debate [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 Nov 03]; 42 (spe1): 174-188.
 12. Fontenele RP, Sousa DMP de, Carvalho ALM, Oliveira FA. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [cited 2020 Oct 27]; 18(8): 2385-2394.
 13. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 27]; 36(1): e00208818.
 14. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2019 Nov [citado 2020 Out 27]; 24(11): 4239-4250
 15. Azevedo C, Moura CC, Corrêa HP, Mata LRF, Chaves ECL, Chianca TCM. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. Esc. Anna Nery [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 27]; 23(2): e20180389.

16. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde Debate [Internet]. 2017 Set [citado 2020 Out 27]; 41(spe3): 171-187.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
18. Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
19. Mendes Gonçalves RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).
20. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB nº 132, de 20 de setembro de 2007. Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado. Salvador: 2007. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp> Acesso em: 26 de setembro de 2020.
21. Bahia. Lei n. 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Legislação Estadual. Casa Civil. Diário Oficial do Estado, 2014. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/LEI%20N%C2%BA%2013.204%20DE%2011%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202014.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2020.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM nº. 1645, de 02 de outubro de 2015. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html> Acesso em: 27 de junho de 2020.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Brasília. 2017.
24. Bahia. SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Disponível em: <https://www.sei.ba.gov.br/images/resumo/resumo_bahia.pdf> Acesso em: 26 de setembro de 2020.
25. Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo município. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniba.def>> Acesso em: 26 de setembro de 2020.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS. 2010. Disponível em:<http://siopsasp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def> Acesso em: 26 de setembro de 2020.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica - e-Gestor. 2017. Disponível em:<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> Acesso em: 27 de junho de 2020.
28. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Out 07]; 25(4): 767-776.
29. Heck RH, Thomas SL, & Tabata LN. (2014). *Multilevel modeling of categorical outcomes using IBM SPSS (2nd edition)*. New York: Routledge.
30. Lucena EHG, Lucena CDRX, Alemán JAS, Pucca Júnior GA, Pereira AC, Cavalcanti YW. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 2021 Mar 17]; 54: 99.
31. Sousa IMC, Bondstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas Integrativas e Complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(11): 2143-2154, nov. 2012.
32. Losso LN, Lopes SS. Análise da oferta e produção de atendimento em acupuntura na Atenção Básica em Santa Catarina. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 11(2), 159 -177, jan, 2018. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1856>.
33. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 Oct [cited 2021 Feb 01]; 43(123):1205-1218.
34. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2020 Nov 09]; 17(11): 3011-3024.
35. Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 9 (16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.
36. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 163-173, Sept. 2018.

37. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, Teixeira RAG, Barros NF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. Esc. Anna Nery [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 03]; 24(2): e20190081.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf Acesso em 29 de janeiro de 2021.
39. Botelho F, Silva C, Cruz F. Epidemiologia explicada – Viéses. Acta Urologica – setembro de 2010 – 3: 47-42.
40. Caccia-Bava MCGG, Bertoni BW, Pereira AMS, Martinez EZ. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 May [cited 2021 Feb 04]; 22(5): 1651-1659.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019.
43. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018 Jan [cited 2021 May 07]; 42(116): 11-24.

Quadro 1. Dimensões, subdimensões, variáveis independentes relacionadas à caracterização dos municípios e à relacionadas ao processo de trabalho das equipes de APS e suas respectivas categorias, eleitas para explorar os fatores associados à oferta de PIC (variável dependente) na APS no estado da Bahia, 2017.

Dimensão	Subdimensões	Variáveis	Categorias	
Caracterização municipal	Localização Geográfica	Núcleo Regional de Saúde	Centro-Leste Centro-Norte Extremo-Sul Leste Nordeste Norte Oeste Sudoeste Sul	
	Desenvolvimento Humano	Porte Populacional	Pequeno < 25.000 Médio ≥ 25.000 a 100.000 Grande ≥ 100.000	
		IDH	≥ 0,660 < 0,660	
		Índice de Gini	≥ 0.6278 < 0.6278	
	Financiamento	PIB per capita	≥ 10.000 < 10.000	
		Despesas em saúde com recursos próprios por habitante	≥ 225,00 < 225,00	
	Cobertura	Cobertura ESF	≥ 95% < 95%	
		Cobertura AB	≥ 95% < 95%	
	Processo de Trabalho	Instrumentos	No último ano, a equipe participou de ações de educação permanente organizadas pela: Gestão municipal Gestão estadual Pela própria equipe/unidade de saúde Por outras equipes/unidades de saúde Pela universidade	Sim = 1 Não = 2
			A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde da população da área de abrangência?	Sim = 1 Não = 2
A equipe utiliza protocolos/critérios para orientação das condutas dos casos atendidos no acolhimento?			Sim = 1 Não = 2	
Relação entre Agentes		A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim = 1 Não = 2	
		Os profissionais que realizam o apoio matricial são do NASF	Sim = 1 Não = 2	
		A sua equipe realiza reunião de equipe?	Sim = 1 Não = 2	
		A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do polo do Programa Academia da Saúde?	Sim = 1 Não = 2	
Atividades Desenvolvidas e		A sua equipe utiliza o Telessaúde?	Sim = 1 Não = 2	

	Organização do Processo de Trabalho	Existe definição da área de abrangência da equipe?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe realiza alguma atividade para o planejamento de suas ações?	Sim = 1 Não = 2
		A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	Sim = 1 Não = 2
		A sua equipe realiza atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais?	Sim = 1 Não = 2

Figura 1. Distribuição territorial dos municípios com equipes de APS que ofertam PICS, por Núcleo Regional de Saúde (NRS). Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ-AB, 2017.

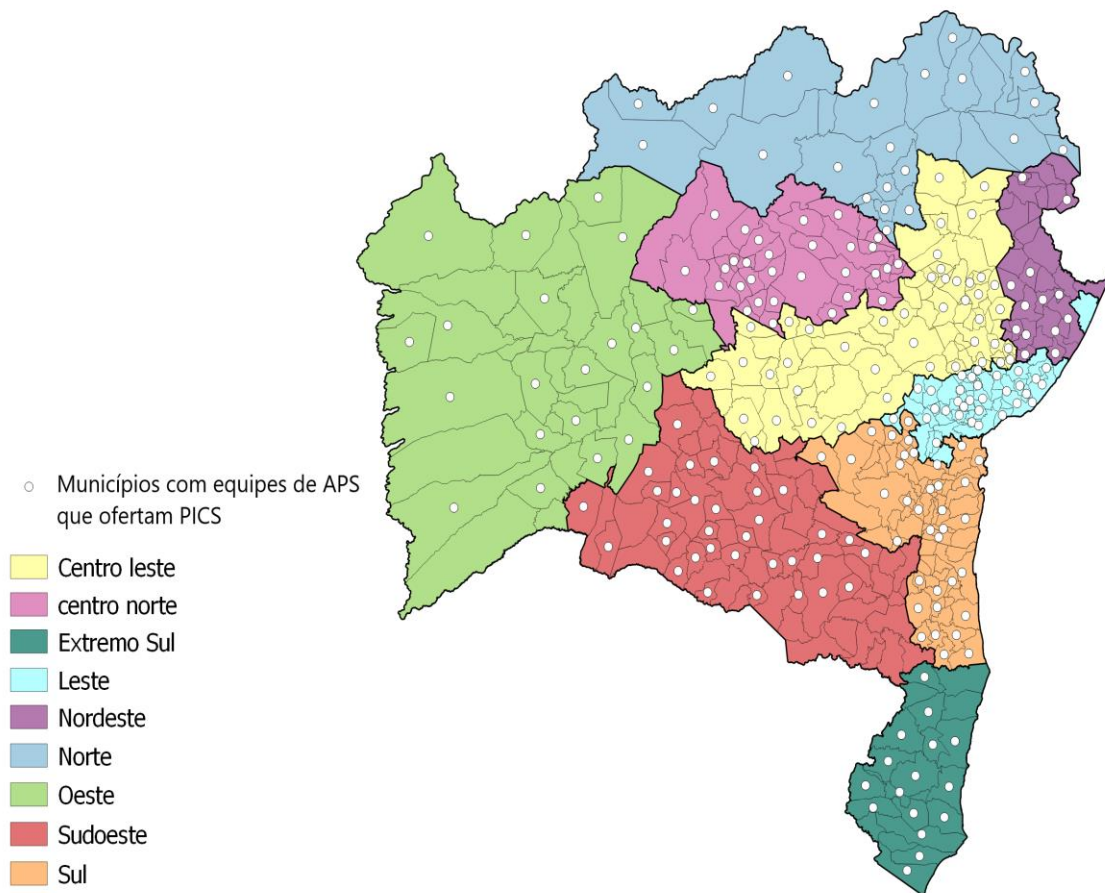


Tabela 1. Número e percentual de PIC ofertadas pelas equipes da APS, segundo o tipo de prática e Núcleo Regional de Saúde. Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ, 2017.

PIC	NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE																		Total
	Centro-Leste		Centro-Norte		Extremo-Sul		Leste		Nordeste		Norte		Oeste		Sudoeste		Sul		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
MTC/ Auriculoterapia	21	11,3	8	4,3	27	14,5	44	23,7	11	5,9	13	7,0	5	2,7	35	18,8	22	11,8	186
Reiki	6	19,3	1	3,2	1	3,2	2	6,4	0	0,0	7	22,6	8	25,8	4	12,9	2	6,4	31
Yôga	11	17,5	6	9,5	4	6,3	3	4,8	3	4,8	9	14,3	10	15,9	9	14,3	8	12,7	63
Ayurveda	1	7,1	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	28,6	2	14,3	4	28,6	2	14,3	14
Florais	16	18,2	7	8,0	15	17,1	8	9,1	2	2,3	23	26,1	5	5,7	9	10,2	3	3,4	88
Do-in /Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia	16	21,1	10	13,2	2	2,6	9	11,8	1	1,3	9	11,8	13	17,1	8	10,5	8	10,5	76
Shantala	22	13,1	28	16,7	4	2,4	22	13,1	10	6,0	11	6,6	24	14,3	31	18,5	16	9,5	168
Talassoterapia	5	25,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	5	25,0	3	15,0	3	15,0	1	5,0	20
Biodança	21	17,4	11	9,1	6	5,0	9	7,4	8	6,6	13	10,7	24	19,8	19	15,7	10	8,3	121
Musicoterapia	38	17,8	14	6,5	14	6,5	34	15,9	10	4,7	20	9,4	32	15,0	29	13,6	23	10,8	214
Dança Circular	16	11,9	21	15,6	7	5,2	17	12,6	5	3,7	12	8,9	23	17,0	19	14,1	15	11,1	135
Naturopatia	12	15,6	10	13,0	11	14,3	8	10,4	2	2,6	12	15,6	6	7,8	11	14,3	5	6,5	77
Terapia Comunitária	37	16,4	28	12,4	22	9,8	26	11,6	6	2,7	32	14,2	27	12,0	30	13,3	17	7,6	225
Terapia com Argila	4	12,5	2	6,3	2	6,3	2	6,3	1	3,1	8	25,0	3	9,4	7	21,9	3	9,4	32
Sistema Rio Aberto	5	25,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0	6	30,0	2	10,0	3	15,0	2	10,0	20
Arteterapia	21	20,2	12	11,5	7	6,7	15	14,4	4	3,9	6	5,8	21	20,2	11	10,6	7	6,7	104
Osteopatia	3	12,5	4	16,7	0	0,0	3	12,5	0	0,0	6	25,0	3	12,5	5	20,8	0	0,0	24
Quiropraxia	0	0,0	3	11,5	0	0,0	4	15,4	0	0,0	5	19,2	4	15,4	6	23,1	4	15,4	26
Aromaterapia, Medit. e Bioen.	6	12,2	4	8,2	4	8,2	6	12,2	1	2,0	10	20,4	9	18,4	7	14,3	2	4,1	49

Tabela 2. Características dos municípios e das equipes, segundo a oferta de PICS pelas equipes de APS. Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ-AB, 2017.

VARIÁVEIS	OFERTA DE PIC				p valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
CARACTERIZAÇÃO MUNICIPAL					
Núcleo Regional de Saúde					
Leste	109	15,87	487	19,07	
Centro-Leste	100	14,56	469	18,36	
Centro-Norte	77	11,21	163	6,38	
Extremo-Sul	73	10,63	179	7,01	0,000
Nordeste	33	4,80	184	7,20	
Norte	74	10,77	194	7,60	
Oeste	50	7,28	174	6,81	
Sudoeste	94	13,68	379	14,84	
Sul	77	11,21	325	12,73	
Porte populacional					
Grande (≥ 100.000)	137	19,94	534	20,91	
Médio (≥ 25.000 a 100.000)	275	40,03	804	31,48	0,000
Pequeno (< 25.000)	275	40,03	1.216	47,61	
IDH					
$\geq 0,660$	606	88,21	2.161	84,61	
$< 0,660$	81	11,79	393	15,39	0,018
Índice de Gini					
$\geq 0,6278$	46	6,70	288	11,28	0,000
$< 0,6278$	641	93,30	2.266	88,72	
PIB per capita					
≥ 10.000	349	50,80	1.207	47,26	0,099
< 10.000	338	49,20	1.347	52,74	
Cobertura ESF					
$\geq 95\%$	364	52,98	1.336	52,31	0,754
$< 95\%$	323	47,02	1.218	47,69	
Cobertura AB					
$\geq 95\%$	395	57,50	1.402	54,89	0,223
$< 95\%$	292	42,50	1.152	45,11	
Despesas em saúde com recursos próprios por habitante					
$\geq R\$ 225,00$	368	53,57	1.250	48,94	0,031
$< R\$ 225,00$	319	46,43	1.304	51,06	
PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE APS					

Participação em ações de Educação Permanente					
Organizadas pela gestão municipal					
Sim	663	96,51	2.190	85,75	
Não	24	3,49	364	14,25	0,000
Organizadas pela gestão estadual					
Sim	369	53,71	1.006	39,39	
Não	318	46,29	1.548	60,61	0,000
Organizadas pela própria equipe					
Sim	633	92,14	1.943	76,08	
Não	54	7,86	611	23,92	0,000
Organizadas por outra equipe					
Sim	436	63,46	1.116	43,70	
Não	251	36,54	1.438	56,30	0,000
Organizadas pela universidade					
Sim	150	21,83	336	13,16	
Não	537	78,17	2.218	86,84	0,000
Disponibilização de informações para análise de situação de saúde					
Sim	662	96,36	2.269	88,84	0,000
Não	25	3,64	285	11,16	
Utilização de protocolos/critérios para orientação dos casos atendidos no acolhimento					
Sim	665	96,80	2.180	85,36	0,000
Não	22	3,20	374	14,64	
Apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos					
Sim	681	99,13	2.395	93,77	0,000
Não	6	0,87	159	6,23	
Apoio matricial pelo NASF					
Sim	582	84,72	1.800	70,48	0,000
Não	105	15,28	754	29,52	
Realização de reunião de equipe					
Sim	686	99,85	2.427	95,03	0,000
Não	1	0,15	127	4,97	
Desenvolvimento de ações com profissionais da Academia da Saúde					
Sim	221	32,17	399	15,62	0,000
Não	466	67,83	2.155	84,38	
Utilização do Telessaúde					
Sim	573	83,41	1.657	64,88	
Não	114	16,59	897	35,12	0,000
Definição de área de abrangência da equipe					
Sim	681	99,13	2.413	94,48	
Não	6	0,87	141	5,52	0,000

Realização de atividade para planejamento das ações					
Sim	683	99,42	2.376	93,03	
Não	4	0,58	178	6,97	0,000
Realização de acolhimento à demanda espontânea					
Sim	684	99,56	2.406	94,21	
Não	3	0,44	148	5,79	0,000
Realização de atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais					
Sim	457	66,52	1.645	64,41	
Não	72	10,48	362	14,17	
Não há nenhuma destas no território de abrangência da equipe	158	23,00	547	21,42	0,039

Tabela 3. Análise bruta referente às características dos municípios e processo de trabalho das equipes da APS, segundo a oferta de PICS. Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ, 2017.

CARACTERÍSTICAS MUNICIPAIS	OR bruta	IC 95%	p-valor
Núcleo Regional de Saúde			
Leste	*		
Centro-Leste	0,95	0,71-1,28	0,751
Centro-Norte	2,11	1,50-2,97	0,000
Extremo-Sul	1,82	1,29-2,57	0,001
Nordeste	0,80	0,52-1,22	0,307
Norte	1,70	1,21-2,39	0,002
Oeste	1,28	0,88-1,87	0,194
Sudoeste	1,10	0,81-1,51	0,512
Sul	1,06	0,76-1,46	0,731
Porte Populacional			
Grande (≥ 100.000)	*		
Médio (≥ 25.000 a 100.000)	1,33	1,06-1,68	0,015
Pequeno (< 25.000)	0,88	0,70-1,11	0,280
Índice de Gini			
$< 0,6278$	*		
$\geq 0,6278$	0,56	0,41-0,78	0,001
IDH			
$\geq 0,660$	*		
$< 0,660$	0,73	0,57-0,95	0,018
PIB per capita			
≥ 10.000	*		
< 10.000	0,87	0,73-1,03	0,099
Cobertura ESF			
$\geq 95\%$	*		
$< 95\%$	0,97	0,82-1,15	0,754
Cobertura AB			
$\geq 95\%$	*		
$< 95\%$	0,90	0,76-1,07	0,223
Despesas em saúde com recursos próprios por habitante			
$\geq R\$ 225,00$	*		
$< R\$ 225,00$	0,83	0,70-0,98	0,032
PROCESSO DE TRABALHO EQUIPES DE APS			
Apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos			
Sim	*		
Não	0,13	0,06-0,30	0,000
Apoio matricial pelo NASF			
Sim	*		
Não	0,43	0,34-0,54	0,000
Participação em ações de Educação Permanente Organizadas pela Gestão Municipal			
Sim	*		

Não	0,22	0,14-0,33	0,000
Organizadas pelas Gestão Estadual			
Sim	*		
Não	0,56	0,47-0,66	0,000
Organizadas pela própria equipe			
Sim	*		
Não	0,27	0,20-0,36	0,000
Organizadas por outra equipe			
Sim	*		
Não	0,45	0,37-0,53	0,000
Organizadas pela Universidade			
Sim	*		
Não	0,54	0,44-0,67	0,000
Utilização do Telessaúde			
Sim	*		
Não	0,37	0,29-0,46	0,000
Definição de área de abrangência da equipe			
Sim	*		
Não	0,15	0,07-0,34	0,000
Realização de reunião de equipe			
Sim	*		
Não	0,03	0,00-0,20	0,000
Realização de atividade para planejamento das ações			
Sim	*		
Não	0,08	0,03-0,21	0,000
Disponibilização de informações para análise de situação de saúde			
Sim	*		
Não	0,30	0,20-0,46	0,000
Realização de acolhimento à demanda espontânea			
Sim			
Não	0,07	0,02-0,22	0,000
Utilização de protocolos/critérios para orientação dos casos atendidos no acolhimento			
Sim	*		
Não	0,99	0,99-0,99	0,018
Desenvolvimento de ações com profissionais da Academia da Saúde			
Sim	*		
Não	0,39	0,32-0,47	0,000
Realização de atendimento para população rural, indígena e/ou comunidades tradicionais			
Sim	*		
Não	1,00	0,94-1,08	0,840

Tabela 4. Análise multivariada multinível dos fatores associados à oferta de PICS no Estado da Bahia, 2017.

Variáveis explicativas	Modelo 1	Modelo 2
	OR IC^{95%}	OR IC^{95%}
Efeito fixo		
Intercepto	0,18 (0,14 - 0,21)	0,41 (0,24 - 0,70)
Gastos em saúde com recursos próprios		0,65 (0,46 - 0,92)
Porte populacional		0,67 (0,50 - 0,88)
Efeito Randômico/ Aleatório		
Nível 2 (município)		
Variância - intercepto	1,62 (1,20 - 2,20)	1,56 (1,15 - 2,13)
Correlação Intramunicipal (ICC)	0,33 (0,27 - 0,40)	0,32 (0,26 - 0,39)
X ² Wald (p)	-	0,001
AIC	3087.808	3080.314
BIC	3099.976	3104.648
LR teste	0,000	0,000

Nota: em todos os níveis o número de observações (3.241) e o número de grupos (408) permaneceu o mesmo.

5.2. Artigo 2

Oferta de Práticas Integrativas e Complementares pelo NASF: um estudo de fatores associados, a partir do terceiro ciclo do PMAQ-AB

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) se constituem enquanto equipes com caráter multiprofissional que desenvolvem suas práticas e processo de trabalho junto às equipes de APS por meio das dimensões clínico-assistenciais e apoio técnico-pedagógico, podendo contribuir fortemente com a oferta de práticas integrativas e complementares no âmbito do SUS. Persistem lacunas no que se refere à compreensão dos fatores relacionados à oferta de PICS pelos NASF na APS. Este estudo objetivou identificar os fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares pelas equipes de NASF no estado da Bahia, a partir dos resultados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ (2017). Estudo exploratório, de corte transversal, de natureza quantitativa e descritiva, a partir dos resultados da avaliação do terceiro ciclo do PMAQ (2017), que contemplou 171 municípios do estado com equipes de NASF (41%). Para identificar os fatores associados à variável de desfecho (oferta de PICS), foram utilizados dois níveis de variáveis independentes: nível distal (subdimensão clínico-assistencial) e nível proximal (subdimensão técnico-pedagógica). A análise bivariada verificou a distribuição de cada uma das variáveis independentes, em relação à oferta de PICS. Observou-se heterogeneidade na oferta de PICS no estado da Bahia, em especial nos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) Centro-Leste, Sul e Leste. As PICS mais ofertadas e com maior frequência no estado foram Musicoterapia e Shantala. Na subdimensão clínico-assistencial, apresentou relação de associação com a oferta de PICS, apenas aquelas equipes de NASF que apoiavam e desenvolviam ações de cuidado em saúde mental (100%). Já na subdimensão técnico-pedagógica, com a OR ajustada da análise multivariada por meio de regressão logística, observou-se que a oferta de PICS teve significância estatística nas seguintes variáveis: coordenação (gestão do NASF em âmbito municipal, podendo ser a coordenação de AB ou coordenação do NASF) oferta atividades pedagógicas junto ao NASF (OR 2,65; IC 1,24-5,58); NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho (OR 3,07; IC 1,72-5,46) e NASF apoia e desenvolve com eAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividades física no território (OR 18,33; IC 2,26-148,52). Conclui-se que a oferta de PICS foi identificada naquelas equipes de NASF que melhor organizam e qualificam seus respectivos processos de trabalho em saúde.

Palavras-chaves: Terapias Complementares; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

The Family Health Support Centers (NASF) are constituted as multiprofessional teams that develop their practices and work process together with the PHC teams through the clinical-assistance dimensions and technical-pedagogical support, being able to contribute strongly with the offer integrative and complementary practices within the scope of SUS. Gaps persist regarding the understanding of the factors related to the provision of PICS by NASF in PHC. This study aimed to identify the factors associated with the provision of integrative and complementary practices by NASF teams in the state of Bahia, based on the results of the external evaluation of the third cycle of the PMAQ (2017). An exploratory, cross-sectional study, of a quantitative and descriptive nature, based on the results of the assessment of the third cycle of the PMAQ (2017), which included 171 municipalities in the state with NASF teams (41%). To identify the factors associated with the outcome variable (PICS supply), two levels of independent variables were used: distal level (clinical-care subdimension) and proximal level (technical-pedagogical subdimension). The bivariate analysis verified the distribution of each of the independent variables, in relation to the supply of PICS. There was heterogeneity in the supply of PICS in the state of Bahia, especially in the Regional Health Centers (NRS) Central-East, South and East. The most frequently offered PICS in the state were Music Therapy and Shantala. In the clinical-care sub-dimension, there was an association relationship with the supply of PICS, only those NASF teams that supported and developed mental health care actions (100%). In the technical-pedagogical subdimension, with the adjusted OR of multivariate analysis by means of logistic regression, it was observed that the PICS offer had statistical significance in the following variables: coordination (NASF management at the municipal level, which may be the coordination of AB or NASF coordination) offers educational activities with the NASF (OR 2.65; CI 1.24-5.58); NASF monitors and analyzes indicators related to its work process (OR 3.07; CI 1.72-5.46) and NASF supports and develops strategies to promote body practices and physical activities in the territory with OR (OR 18,33; CI 2.26-148.52). It is concluded that the offer of PICS was identified in those NASF teams that best organize and qualify their respective work processes in health.

Keywords: Complementary Therapies; Health Unic System; Primary Health Care, Family Health Strategy. Multiprofessional team.

Introdução

A Declaração de Alma-Ata¹ foi essencial para a Atenção Primária à Saúde (APS) quando recomendou, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que as gestões municipais iniciassem seus processos de estruturação e operacionalização de estratégias que viabilizassem a inserção das medicinais tradicionais e alternativas, conhecidas por práticas integrativas e complementares (PIC), nos serviços públicos de saúde.

Segundo Starfield², a APS configura-se por meio de atributos considerados essenciais tais como: primeiro contato do indivíduo e porta de entrada preferencial do sistema de saúde; continuidade, integralidade e coordenação da atenção com foco na família; abordagem comunitária e trabalho em equipe multiprofissional. Tais atributos são identificados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada como prioritária para a organização da APS, integrando concepção abrangente, centrada na família e voltada para a comunidade³.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituído por equipes multiprofissionais, foi institucionalmente criado em 2008⁴, tendo como objetivos ampliar a resolutividade e o escopo das ações da Atenção Básica apoiando, prioritariamente, de forma compartilhada e integrada, as equipes de Saúde da Família (eSF) e, posteriormente, também as equipes de Atenção Básica (eAB). A partir das diretrizes estabelecidas com a aprovação da nova versão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)⁵, em setembro de 2017 passaram a ser denominados de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O processo de trabalho das equipes de NASF é pautado tanto pelas diretrizes orientadoras da AB, como pelo referencial teórico e metodológico do Apoio Matricial⁶ no âmbito da AB, operando a partir das dimensões clínico-assistencial e de apoio técnico-pedagógico, junto às equipes de referência no âmbito da APS, a saber eSF e eAB. Orienta-se por uma lógica de trabalho focada no compartilhamento e matriciamento entre equipes, na busca por uma produção de cuidado fortalecida pelo vínculo com o território e orientada pela longitudinalidade e integralidade do cuidado⁷.

Nesse sentido, percebe-se que as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), incluídas oficialmente no SUS em 2006⁸, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), dialogam com os elementos orientadores do processo de trabalho do NASF, na medida em que se baseiam num

modelo de atenção humanizado e focado na integralidade, buscando desenvolver uma visão ampliada do processo saúde–doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado⁹.

Este estudo utilizou a concepção de práticas integrativas e complementares em saúde orientada no conceito da PNPIC, que as traduz enquanto práticas de saúde, orientadas pela humanização e integralidade, estimulando mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com foco numa escuta acolhedora, na vinculação terapêutica e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade⁹. Conforme a política, as PICS abrangem tanto os sistemas médicos complexos (Racionalidades Médicas), quanto os recursos terapêuticos.

A PNPIC integra atualmente 29 modalidades de práticas, todas reconhecidas e incorporadas recentemente na referida política^{10,11} nos anos 2017 e 2018, promovendo assim uma ampliação no escopo de ofertas de PICS no SUS, fortalecendo enfaticamente sua inserção no âmbito da APS, em especial na Estratégia de Saúde da Família. Essa pontuação é validada pelo estudo de Tesser e Sousa¹² que afirma ser o lócus prioritário das PICS, apesar de enfatizar que o processo de institucionalização na APS implica em estímulo federal aos municípios, ações de matriciamento e educação permanente, além de investimento na formação profissional por meio de indução do governo.

Em outro estudo¹³, observou-se que a inserção das PICS na APS ocorre por meio da oferta de práticas de cuidado e ações de matriciamento em PICS entre profissionais vinculados às eSF e equipes de NASF, além de outros serviços da rede de atenção à saúde. Em um estudo qualitativo de experiências municipais¹², notou-se que o potencial de expansão das PICS no SUS, conhecidas amplamente por Medicina Tradicional e Complementar (MTC), é maior via equipes de NASF, já que estes profissionais atuam como referências matriciadoras das PICS, operando na lógica de retaguarda especializada por meio da oferta de cuidados de atenção individual e coletiva, como as atividades de grupos específicos, ações de promoção da saúde e educação permanente com as equipes¹².

Contribuindo com as questões supracitadas, foi destacado em estudo recente¹⁴, que os profissionais que atuavam nas unidades eram os principais atores que contribuíam para o processo de expansão das PICS no SUS, a partir de investimentos próprios para formação nas práticas, sem nenhum apoio financeiro da gestão local, o

que acaba sendo um fator dificultador para a difusão e sustentabilidade da política, indo na contramão da integralidade e universalidade, diretrizes do SUS.

Nesse sentido, outra pesquisa¹⁵ já apontava a necessidade de se pensar e efetivar medidas que colaborassem com a implantação da oferta de PICS no SUS, de modo democrático, participativo e co-responsável entre os atores envolvidos, como gestores, profissionais e controle social, via conselhos de saúde, sugerindo uma maior sensibilização e abertura às PICS por parte dos profissionais de saúde, ainda que aponte indícios de desconhecimento quanto a essas práticas.

Frisa-se desse modo a existência de lacunas no conhecimento que necessitam ser mais exploradas, com ênfase na oferta e nos tipos de prática, conforme apontado por alguns autores¹⁶ que apontou a necessidade de se realizarem estudos com ênfase na oferta e seus fatores associados, nos tipos de práticas ofertadas. Outro estudo ressaltou pouco conhecimento acerca das formas de organizar e incluir PICS no SUS, tanto na APS, quanto nos serviços de apoio matricial para Atenção Básica¹⁷.

Foram encontrados poucos estudos que abordam essa relação do NASF com as PICS. Sendo assim, este estudo em questão tem como principal objetivo identificar os fatores associados à oferta de práticas integrativas e complementares em saúde pelas equipes de NASF do estado da Bahia, a partir dos resultados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ ocorrido no ano de 2017.

Metodologia

Com o intuito de contribuir com a análise e discussão dos resultados deste estudo, utilizou-se os seguintes referenciais teóricos: pressupostos da atenção primária à saúde abrangente², práticas integrativas e complementares em saúde na APS e bases conceituais do apoio matricial^{6,18} para a organização do trabalho em saúde na APS.

Tipo de estudo, local e período

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa descritiva e analítica. Nesta pesquisa foram inseridas as equipes de NASF implantadas que participaram da avaliação externa do terceiro ciclo do Programa de Melhoria de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), realizado no ano de 2017, baseado nas diretrizes estabelecidas na portaria ministerial do programa¹⁹.

Coleta, sistematização e análise dos dados

O estudo utilizou dados secundários provenientes do terceiro ciclo de avaliação externa do PMAQ, cuja coleta ocorreu no ano de 2017. Os dados foram extraídos do Módulo IV (Entrevista com profissional do NASF e verificação de documentos na UBS), que visava avaliar o processo de trabalho destas equipes e organização do cuidado junto aos usuários a partir de um conjunto de variáveis listadas no instrumento de avaliação externa do PMAQ²⁰. Este módulo correspondia às equipes de NASF existentes e aderidas ao programa. A seleção das variáveis deste módulo se embasou no referencial teórico onde elencou-se as descrições e categorias que auxiliassem na identificação dos fatores associados à oferta de PICS pelo NASF. Vale destacar que os dados do Módulo IV estão disponíveis no site eletrônico do MS (www.saude.gov.br/pmaq).

Em um primeiro momento, realizou-se uma análise descritiva (frequências absoluta e relativa) por tipo de PICS ofertada, segundo Núcleo Regional de Saúde^{21,22} (conhecido por macrorregião de saúde). Para analisar os fatores associados à variável desfecho (oferta de PICS pelo NASF), as variáveis independentes foram agrupadas em dois níveis: nível distal (relacionadas à subdimensão clínico-assistencial) e nível proximal (que dizem respeito à subdimensão técnico-pedagógica, envolvendo o processo de trabalho das equipes de NASF).

A subdimensão clínico-assistencial contemplou cinco variáveis, a saber: avaliação de casos complexos e classificação de risco; aumento de resolutividade relacionada à maior diversidade de ações ofertadas na AB; apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas; apoio e desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental; e utilização de algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que incluía PICS. Já na subdimensão técnico-pedagógica identificou-se um conjunto de 19 variáveis pertinentes para esta análise (Quadro 1).

Na fase exploratória foi realizada uma análise bivariada, correlacionando cada uma das variáveis independentes com a variável desfecho, por nível hierárquico (distal e proximal). Todas as variáveis que apresentaram uma associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,20$) foram analisadas por regressão logística, obtendo-se a *Odds Ratio* Bruta e Ajustada.

Utilizou-se o programa estatístico Stata® versão 13 para realização da análise dos dados. Para mostrar a distribuição territorial dos municípios que possuem equipes de NASF que ofertam PICS, no estado da Bahia, foi utilizado o programa QGIS®. Os resultados estão apresentados em tabelas, gráficos e mapas.

Esta pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois utilizou dados secundários do banco de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ, disponíveis para acesso público (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Resultados

No ano de 2017, verificou-se que dos 417 municípios do Estado da Bahia, 171 contavam com equipes de NASF que ofertavam PICS perfazendo 41% do total. Essa oferta teve uma distribuição heterogênea, com maior concentração nos NRS Centro-Leste, Sul e Leste, havendo maior dispersão nos NRS Nordeste e Oeste (Figura 1).

De modo geral, as práticas integrativas e complementares em saúde mais ofertadas pelas equipes de NASF foram Musicoterapia (11,4%), Shantala (11,4%), sendo o maior percentual de oferta de ambas as práticas no NRS Centro-Leste (31,5% e 18,7%, respectivamente), enquanto a Talassoterapia teve a menor frequência no estado (0,1%). A única prática que não foi ofertada em nenhum NRS foi Sistema Rio Aberto. Centro-Leste foi o Núcleo Regional que ofertou a grande totalidade das práticas, seguido dos NRS Leste e Sul, respectivamente. Observou-se a menor oferta do estado nos NRS Extremo-Sul e Oeste (Tabela 1).

Notou-se que no NRS Leste, onde está a capital do estado e região metropolitana, a PICS mais ofertada pelas equipes NASF foi a Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia (20%), seguida de Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia (14,7%) e de Musicoterapia (13,7%). No tocante às Racionalidades Médicas (conhecidas por Sistemas Médicos Complexos), observou-se que a Medicina Tradicional Chinesa/Auriculoterapia teve maior ocorrência nos NRS Sul, Leste e Centro-Leste (Tabela 1).

Observando a oferta de PICS no nível distal (clínico-assistencial), verificou-se que os maiores percentuais se concentraram dentre as equipes de NASF que realizavam avaliação de casos complexos e classificação de risco (96,53%; $p=0,018$) e que apoiavam e desenvolviam ações de cuidado em saúde mental (100%; $p=0,004$). As

demais variáveis deste nível não apresentaram resultados estatisticamente significantes (Tabela 2).

No nível proximal (técnico-pedagógica), quando analisado apenas a oferta de PICS, observou-se equipes de NASF que: tinham suas atividades monitoradas e avaliadas pela coordenação/referência (96,48%; $p=0,031$); recebiam oferta de atividades pedagógicas por parte da coordenação (86,43%; $p=0,000$); realizavam diagnóstico de território que revela necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF (86,67%; $p=0,042$); recebiam cursos ofertados pela gestão adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica (78,71%; $p=0,000$); realizavam planejamento articulado ao planejamento das EqAB (81,68%; $p=0,000$); monitoravam/analisavam indicadores do processo de trabalho (92,57%; $p=0,001$) e que apoiavam e desenvolviam com equipes de APS estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território (99,50%; $p=0,000$). As outras variáveis não apresentaram percentuais estatisticamente significantes (Tabela 2).

Na regressão logística (Tabela 3), em destaque para a subdimensão clínico-assistencial, observou-se que a chance de oferta de PICS (OR 3,04; IC^{95%} 1,16 – 7,94) foi maior nas equipes de NASF que realizavam avaliação de casos complexos e classificação de risco, quando comparado às equipes que não realizavam. Naquelas equipes de NASF com mais diversidade de ações ofertadas na AB, a chance de ofertar PICS (OR 2,42; IC^{95%} 0,75 – 7,82) foi maior quando equiparadas às equipes com menor diversidade, muito embora esta variável não tenha apresentado valor de p significativo.

Ainda sobre a Tabela 3, no que tange à subdimensão técnico-pedagógica, verificou-se significância estatística em algumas variáveis. Notou-se que a chance de ofertar de PICS (OR 3,14; IC^{95%} 1,80 – 5,49) foi maior quando a coordenação ofertava atividade pedagógicas junto ao NASF, se comparado às que não ofertavam. Essa chance também foi mais evidente, sendo maior (OR 2,75; IC^{95%} 1,68 – 4,49) quando a gestão oferecia cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuavam na Atenção Básica, quando equiparadas àquelas equipes de gestão que não ofertavam nenhum tipo de curso.

Observou-se que as equipes de NASF que monitoraram e analisaram indicadores do processo de trabalho tiveram maior chance de ofertar PICS (OR 3,05; IC^{95%} 1,53 – 6,09) quando comparada às equipes que não fazem. Já as equipes de NASF que apoiavam e desenvolviam com eAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território tiveram 97% maior chance de ofertar PICS (OR 23,97;

IC^{95%} 3,09 – 185,71) na comparação com as que não desenvolviam tais estratégias (Tabela 3).

O modelo final demonstrou que a chance de oferta de PICS foi maior nas equipes que: coordenação (gestão do NASF em âmbito municipal, podendo ser a coordenação de AB ou coordenação do NASF) que oferta atividades pedagógicas junto ao NASF (OR 2,63; IC^{95%} 1,24 – 5,58; p=0,012); NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho (OR 3,07; IC^{95%} 1,72 – 5,46; p=0,000); e NASF apoia e desenvolve com eAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividades física no território (OR 18,33; IC^{95%} 2,26 – 148,52; p=0,006) (Tabela 4).

Discussão

De maneira diversa à prática mais recorrente em todo estado da Bahia, observou-se que, no NRS Leste, onde se concentra a capital do estado, a Medicina Tradicional Chinesa /Auriculoterapia foi a PICS mais ofertada pelas equipes de NASF, contribuindo com estudos^{23,24}, que destacaram a expansão de procedimentos de acupuntura no SUS, após a legitimação do exercício desta prática por outros profissionais de saúde qualificados, para além da categoria médica.

Em um desses estudos²⁴, o NASF é destacado como uma importante estratégia para a inserção de profissionais não-médicos especialistas em acupuntura no SUS e em especial na APS, na medida em que atuam como equipe matriciadora para as equipes de referência apoiadas (eSF e eAB). Por esses achados, é possível mostrar as contribuições do NASF na ampliação de ofertas de cuidado mais resolutivas e qualificadas no âmbito da APS. A estratégia do NASF promove expansão das PICS na APS, a partir de ações do apoio matricial, promoção da saúde e ações coletivas¹², além colaborar com o cuidado compartilhado entre equipes e clínica ampliada²⁵.

Analisando o mapa, percebeu-se uma oferta de PICS concentrada nos NRS circunvizinhos à capital do estado, onde existe maior quantidade de municípios com equipes de NASF, o que acaba desencadeando uma maior acessibilidade a essas práticas no âmbito da APS. Esse contexto pode não ser evidente nas regiões mais afastadas da capital, que tendem a priorizar um modelo focado na medicina ocidental contemporânea, racionalidade médica hegemônica no Brasil, que opera práticas de cuidado fragmentadas, médico centradas e pautadas no modelo cartesiano. Tais achados

contribuem com um estudo recente¹⁴ que aborda a acessibilidade remota em função da localização regional de parte dos serviços de saúde.

Outro resultado significativo de oferta de PICS foi perante a totalidade das equipes de NASF que apoiavam e desenvolviam ações de cuidado em saúde mental, corroborando fortemente com estudo²⁶ que aponta a existência de aspectos afins entre APS, atenção psicossocial e uso de PICS, dentre os quais: o caráter contra-hegemônico e questionador do modelo biomédico; as concepções de objetos, meio e fins do cuidado ofertado; o foco na abordagem familiar, comunitária e usuário centrada; as relações dialógicas e participativas; as várias práticas de cuidado indutoras da autocura com natureza desmedicalizante; a abordagem holística e as ações de prevenção e promoção da saúde.

A oferta de PICS se mostrou significativa quando a coordenação ou referência desenvolvia atividades pedagógicas junto às equipes de NASF, mostrando que as ações de educação permanente, que são viabilizadas por iniciativa da gestão municipal, estimulam e possibilitam uma ampliação do escopo de ofertas de cuidado numa perspectiva de rede de atenção, conforme evidenciado no estudo de Tesser e Sousa²⁶.

É válido destacar que as ações de EPS se fortalecem na medida em que são utilizadas, no cotidiano, ferramentas de cuidado compartilhado, que favorecem a troca de saberes e práticas entre os profissionais, implementando espaços de discussão, análise e reflexão das práticas no cotidiano do trabalho²⁸, coadunando com os arranjos organizacionais do apoio matricial e da clínica ampliada. Entretanto, os achados deste estudo corroboram outro trabalho que aponta a existência de fragilidade na atuação do NASF em relação à promoção de atividades de EPS junto às equipes matriciadas²⁹.

Por outro lado, observou-se também que as PICS ofertadas eram mais frequentes naquelas equipes que recebiam cursos ofertados pela gestão adequados às necessidades dos profissionais do NASF. Esse achado vai ao encontro do estudo de Sousa e Tesser¹², que traz a importância não apenas das ações de EPS, mas também das ações de educação continuada, por meio de formações e especializações, que buscam dar valor de uso e potencializar as expertises, habilidades e competências adquiridas pelos profissionais em PICS no âmbito do SUS.

Vale destacar que a educação continuada busca se aproximar das reais necessidades do território e dos serviços de saúde, muito embora as atividades acabem sendo desenvolvidas a partir de uma lógica da transmissão de conhecimento mais verticalizada e pouco dialógica, problematizadora e transformadora das práticas²⁹.

Observou-se que a formação dos profissionais que atuam no NASF apresenta fragilidades quanto às dimensões do apoio matricial e de componentes do seu processo de trabalho.

Outro achado marcante foi naquelas equipes que faziam diagnóstico do território para subsidiar a composição do NASF, onde notou-se maior chance de ofertar PICS, mostrando, desse modo, a importância de se realizar levantamento de informações pertinentes ao diagnóstico e análise do território a ser apoiado. Além disso, outros elementos podem contribuir nesse diagnóstico territorial, como o contexto epidemiológico e social, o panorama da rede de atenção e as necessidades de saúde⁷.

No que diz respeito ao monitoramento e avaliação, verificou-se que as equipes de NASF que tinham suas atividades monitoradas e avaliadas pela coordenação/referência gestora, e que monitoravam e analisavam seus indicadores de processo de trabalho, apresentaram maior prevalência de ofertar PICS. Utilizar instrumentos de monitoramento e avaliação pode auxiliar na reorientação das práticas, a partir de novas proposições e readequação de intervenções⁷, numa perspectiva mais ampliada de cuidado, ajustando-se ao planejamento de ações de forma integrada entre as equipes de NASF e equipes de referência apoiadas.

Analisando as ações de promoção da saúde, observou-se significativa oferta de PICS por equipes de NASF que apoiavam e desenvolviam estratégias de promoção de práticas corporais (PC) e atividade física (AF) de modo compartilhado com as equipes de APS. Esse achado ratifica a pesquisa²⁹ que aponta um elevado aumento na oferta de práticas corporais e atividade física nos serviços da AB, no entanto, reforça a importância de que as equipes de APS, em especial eSF e NASF, busquem ampliar o escopo dessas ofertas, a partir de um olhar multidisciplinar, com vistas à integralidade do cuidado. Vale salientar que as PICS vêm se integrando ao SUS a partir da concepção de promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo as PC e AF³⁰.

Considerando que as PICS buscam estabelecer uma compreensão ampliada e holística do processo saúde-doença estimulando o empoderamento dos indivíduos, tais práticas acabam sendo recursos estratégicos para efetivar ações de promoção da saúde¹⁷, ainda que existam desafios importantes para expansão do acesso às PICS, nos serviços do SUS.

Observou-se pelos resultados apresentados, uma influência positiva da atuação das equipes de NASF, a partir da lógica do apoio matricial, na oferta de PICS. Quanto maior a diversidade de ações ofertadas pelo NASF na Atenção Básica, maior foi a

chance na oferta de PICS. Nesse sentido, o apoio matricial pelas equipes de NASF, enquanto modelo e arranjo institucional, proporciona o exercício de práticas interdisciplinares¹⁷ e compartilhamento de saberes entre os diversos núcleos de formação profissional, por meio de ferramentas de cuidado individual e compartilhado, que irão auxiliar no enfrentamento de casos complexos.

Considerando a nova PNAB³¹ e o novo modelo de financiamento, pautado no Programa Previne Brasil³², nota-se que o NASF, enquanto projeto estratégico da AB, passar a não ter recurso financeiro destinado exclusivamente para o custeio destas equipes no território, nem indicadores de saúde destinados ao NASF, dando autonomia aos gestores municipais para pensarem a composição e estruturação dessas equipes de NASF e/ou multiprofissionais. Nessa perspectiva, faz-se necessário pensar e refletir o futuro do NASF enquanto estratégia importante para ampliar e qualificar o cuidado ofertado, aumentando a resolutividade da Atenção Básica e com isso conjuntamente promover reflexões acerca da oferta de PICS.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciaram maior oferta de PICS pelas equipes de NASF que: recebiam ofertas de atividades de cunho pedagógico por parte da equipe de gestão/coordenação; que realizavam monitoramento e análise de indicadores do seu processo de trabalho e que apoiavam e desenvolviam estratégias promotoras de práticas corporais e de atividades físicas no território de forma compartilhada com as equipes de APS. Ademais possibilitou-se identificar que as principais PICS ofertadas no estado da Bahia foram: Musicoterapia, Shantala e Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia, seguido por MTC/Auriculoterapia.

A partir destas evidências, pontua-se a importância de se priorizar e investir (técnica e financeiramente) no arranjo do apoio matricial, que se operacionaliza por meio de ações de âmbito clínico-assistencial e de apoio técnico-pedagógico, fortalecendo ações de educação permanente e a organização do processo de trabalho, numa relação dialógica entre as equipes matriciadas (eSF e eAB) e equipes matriciadoras (NASF).

As limitações deste estudo podem estar relacionadas ao fato das equipes participantes do PMAQ-AB serem selecionadas pela gestão municipal e toda coleta de

dados desse processo avaliativo ocorrer mediante repasse de recurso financeiro aos municípios aderidos ao programa.

Por fim, destaca-se o quanto é fundamental que sejam desenvolvidas novas pesquisas principalmente no cenário da pandemia do novo coronavírus / Covid-19 e do novo modelo de financiamento da APS, que possam contribuir com os achados deste estudo, potencializando e fortalecendo a oferta de PICS no SUS, com ênfase para os serviços da APS. No entanto, os resultados aqui encontrados podem contribuir com o fomento à implementação das políticas nacional e estadual de PICS, em especial da política estadual vigente e recentemente institucionalizada.

Referências

1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Declaração de Alma-Ata. Alma Ata, Cazaquistão, 1978.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
3. Mendonça, MHM, Gondim, R, Matta, GC, Giovanella, L. Os Desafios Urgentes e Atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa / Maria Helena Magalhães de Mendonça et al. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 610 p.: il; tab.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 24 jan 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017
6. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 Feb [cited 2021 Apr 28]; 23(2): 399-407.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 1ª ed.; 1ª reimpr. - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015. 116 p.:il.- (Cadernos de Atenção Básica, nº 39).

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 971, de 3 de maio de 2006. Cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Diário Oficial da União, 2006.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 2. ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2015

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yôga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2017.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 702, de 21 de março de 2017. Altera a Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2018.

12. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad. Saúde Pública. 2017; 33 (1): e00150215.

13. Tesser CD, Sousa IMC de, Nascimento MC do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde debate [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 Nov 03]; 42 (spe1): 174-188.

14. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC de. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 27] ; 36(1): e00208818.

15. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 Apr [cited 2021 May 01]; 45 (2): 249-257.

16. Azevedo C, Moura CC, Corrêa HP, Mata LRF, Chaves ECL, Chianca TCM. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. Esc. Anna Nery [Internet]. 2019 [cited 2021 mar 12] ; 23(2): e20180389.

17. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 June [cited 2021 May 02]; 18(49): 261-272.
18. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saude soc. [Internet]. Dezembro de 2011 [citado em 02 de maio de 2021]; 20 (4): 961-970.
19. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM n°. 1645, de 02 de outubro de 2015. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html Acesso em: 28 de dezembro de 2020.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Brasília. 2017. Disponível em 89.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_S B.pdf
21. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB n° 132, de 20 de setembro de 2007. Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado. Salvador: 2007. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp Acesso em: 26 de setembro de 2020.
22. Bahia. Lei n. 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Legislação Estadual. Casa Civil. Diário Oficial do Estado, 2014. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/LEI%20N%C2%BA%2013.204%20DE%2011%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202014.pdf. Acesso em: 26 de setembro de 2020.
23. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 Nov [cited 2021 Apr 25]; 28(11): 2143-2154.
24. Santos FAS, Gouveia GC, Martelli PJL, Vasconcelos EMR. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não médicos. Rev. bras. fisioter. [Internet]. Agosto de 2009 [citado em 25 de abril de 2021]; 13 (4): 330-334.
25. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, Teixeira RAG, Barros NF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. Esc. Anna Nery [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 03]; 24(2): e20190081.

26. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. Saude soc. [Internet]. 2012 June [cited 2021 Apr 25]; 21(2): 336-350.
27. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2021 May 02]; 33(9): e00108116.
28. Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – comunicação, saúde, educação, 9 (16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.
29. Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 June [cited 2021 May 02]; 21(6): 1829-1838.
30. Luz MT. Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec; 2005.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2021 maio 08]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2019.

Quadro 1. Dimensões, subdimensões, variáveis independentes e respectivas categorias eleitas para explorar os fatores associados à oferta de PICS pelo NASF (variável dependente) no estado da Bahia, 2017.

Dimensões	Subdimensões	Variáveis	Categorias
Apoio Matricial	Clínico-assistencial	O NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco?	Sim = 1 Não = 2
		Quais situações/evidências indicam esse aumento de resolutividade? - Maior diversidade de ações ofertadas na AB	Sim = 1 Não = 2
		O NASF apoia e desenvolve com as EqAB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?	Sim = 1 Não = 2
		O NASF apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental?	Sim = 1 Não = 2
		O NASF utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICS	Sim = 1 Não = 2
	Apoio Técnico-pedagógico / Processo de Trabalho em Saúde	- Quais atividades a coordenação/referência desenvolve junto ao NASF? - Mediação ativa e monitoramento dos pactos de trabalho colaborativos entre profissionais do NASF e das ESF. - Planejamento das atividades do NASF - Monitoramento e avaliação das atividades do NASF - Oferta de atividades pedagógicas (capacitações, cursos etc.) - Apoio para articulação intersetorial - Apoio para articulação intrasetorial	Sim = 1 Não = 2
		A sua equipe NASF apoia quantas EqAB? (inclui equipes saúde da família, equipes ribeirinhas, e equipes de consultório na rua)	1 equipe = 1 2 equipes = 2 3 equipes = 3 4 equipes = 4 5 equipes = 5 6 equipes = 6 7 equipes = 7 8 equipes = 8 9 equipes = 9 Mais de 9 equipes = 10
		Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF?	Sim = 1 Não = 2
		O NASF promove ou participa de espaços para reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores da Equipe de Atenção Básica?	Sim = 1 Não = 2

	O NASF promove momentos de educação permanente sobre temas que as Equipes de Atenção Básica consideram pertinentes?	Sim = 1 Não = 2
	Quem participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente: - Profissionais da Equipe de Atenção Básica - Profissionais do NASF - Gestão municipal	Sim = 1 Não = 2
	A gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica?	Sim = 1 Não = 2
	A equipe NASF realiza planejamento de suas ações a partir de diagnóstico do território?	Sim = 1 Não = 2
	As ações do NASF são planejadas de forma articulada ao planejamento das EqAB?	Sempre = 1 Na maioria das vezes = 2 Algumas vezes = 3 Nunca = 4
	A equipe NASF se reúne para discutir seu processo de trabalho?	Sim = 1 Não = 2
	O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?	Sim = 1 Não = 2
	O NASF apoia e desenvolve com as EqAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território?	Sim = 1 Não = 2
	A equipe do NASF desenvolve suas atividades de forma integrada com as EqAB?	Sim = 1 Não = 2

Tabela 1. Número e percentual de PICS ofertadas pelas equipes de NASF, segundo o tipo de prática e Núcleo Regional de Saúde. Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ-AB, 2017.

PIC	NUCLEO REGIONAL DE SAÚDE																		Total
	Centro-Leste		Centro-Norte		Extremo-Sul		Leste		Nordeste		Norte		Oeste		Sudoeste		Sul		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
MTC/ Auriculoterapia	10	15,4	2	3,1	7	10,8	13	20,0	4	6,1	7	10,8	1	1,5	6	9,2	15	23,1	65
Reiki	5	38,5	1	7,7	1	7,7	2	15,4	0	0,0	2	15,4	0	0,0	0	0,0	2	15,4	13
Yôga	2	11,8	2	11,8	3	17,7	2	11,8	1	5,9	1	5,9	2	11,8	4	23,5	0	0,0	17
Ayurveda	1	25,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	4
Florais	4	33,3	0	0,0	1	8,3	1	8,3	0	0,0	4	33,3	0	0,0	1	8,3	1	8,3	12
Do-in /Shiatsu/ Massoterapia/ Reflexologia	24	32,0	2	2,7	4	5,3	11	14,7	5	6,7	6	8,0	2	2,7	9	12,0	12	16,0	75
Shantala	15	18,7	6	7,5	4	5,0	8	10,0	3	3,8	8	10,0	7	8,8	14	17,5	15	18,7	80
Talassoterapia	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Biodança	7	19,4	4	11,1	1	2,8	3	8,3	2	5,6	2	5,6	4	11,1	7	19,4	6	16,7	36
Musicoterapia	25	31,5	6	7,5	6	7,5	11	13,7	2	2,5	5	6,2	5	6,2	10	12,5	10	12,5	80
Dança Circular	16	34,8	2	4,3	2	4,3	8	17,4	2	4,3	1	2,8	4	8,7	5	10,9	6	13,0	46
Naturopatia	1	14,3	1	14,3	0	0,0	1	14,3	1	14,3	1	14,3	0	0,0	1	14,3	1	14,3	7
Terapia Comunitária	13	26,0	6	12,0	5	10,0	8	16,0	3	6,0	2	4,0	2	4,0	3	6,0	8	16,0	50
Terapia com Argila	1	8,3	1	8,3	0	0,0	1	8,3	1	8,3	1	8,3	0	0,0	5	41,7	2	16,7	12
Sistema Rio Aberto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Arteterapia	17	26,9	4	6,3	2	3,2	8	12,7	5	7,9	3	4,8	3	4,8	9	14,3	12	19,0	63
Osteopatia	2	18,2	1	9,1	0	0,0	3	27,3	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	4	36,4	11
Quiropraxia	1	5,9	2	11,8	1	5,9	3	17,6	0	0,0	1	5,9	3	17,6	0	0,0	6	35,3	17
Aromaterapia, Medit. e Bioen.	16	50,0	4	12,5	0	0,0	2	6,2	1	3,1	2	6,2	2	6,2	4	12,5	1	3,1	32
Outros	15	18,1	11	13,2	7	8,4	10	12,0	5	6,0	5	6,0	2	2,4	9	10,8	19	22,9	83

Figura 1. Distribuição territorial dos municípios com equipes de NASF que ofertam PICS, por Núcleo Regional de Saúde (NRS). Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ-AB, 2017.

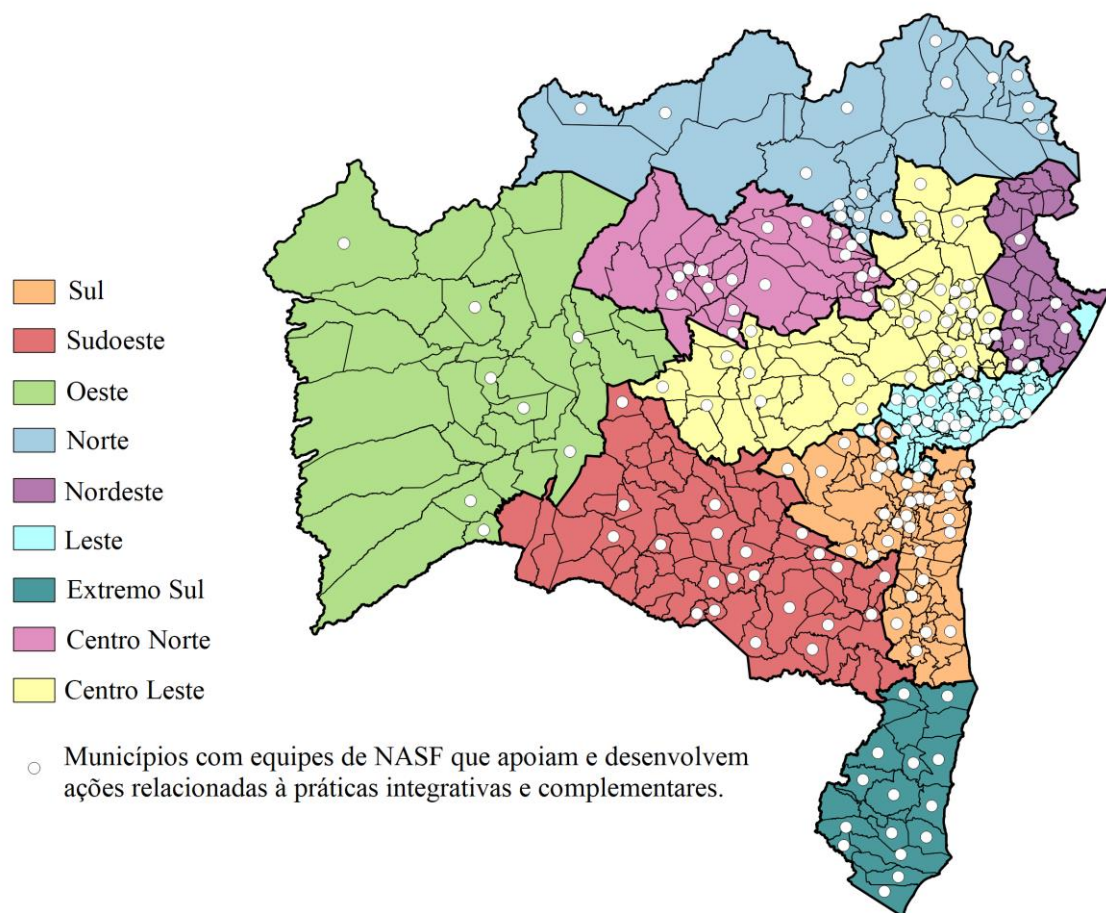


Tabela 2. Oferta de PICS pelas equipes de NASF, segundo as dimensões do processo de trabalho dessas equipes. Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ-AB, 2017.

VARIÁVEIS	NASF OFERTA PICS				p valor
	SIM		NÃO		
	n	%	n	%	
SUBDIMENSÃO: CLÍNICO-ASSISTENCIAL					
NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco					
Sim	195	96,53	110	90,16	0,018
Não	7	3,47	12	9,84	
Quais situações/evidências indicam esse aumento de resolutividade?					
Maior diversidade de ações ofertadas na AB					
Sim	194	97,49	112	94,12	0,127
Não	5	2,51	7	5,88	
NASF apoia e desenvolve com EqAB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas					
Sim	202	100	122	100	**
Não	-	-	-	-	
NASF apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental					
Sim	202	100	117	95,90	0,004
Não	0	0	5	4,10	
O NASF utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICS?					
Sim	111	54,95	-	-	
Não	91	45,05	-	-	
SUBDIMENSÃO: TÉCNICO-PEDAGÓGICA / PROCESSO DE TRABALHO DO NASF					
Quais atividades a coordenação/referência desenvolve junto ao NASF:					
- Mediação ativa/monitoramento pactos de trabalho colaborativo entre NASF e ESF					
Sim	192	96,48	110	93,22	0,186
Não	7	3,52	8	6,78	
- Planejamento atividades NASF					
Sim	192	96,48	110	93,22	0,186
Não	7	3,52	8	6,78	
- Monitoramento/avaliação atividades NASF					
Sim	192	96,48	107	90,68	0,031
Não	7	3,52	11	9,32	
- Oferta de atividades pedagógicas					
Sim	172	86,43	79	66,95	0,000
Não	27	13,57	39	33,05	
- Apoio para articulação intersetorial					

Sim	186	93,47	105	88,98	0,160
Não	13	6,53	13	11,02	
- Apoio para articulação intrasetorial					
Sim	36	94,74	20	74,07	0,826
Não	2	5,26	7	25,93	
A sua equipe NASF apoia quantas EqAB?					
Até 4 equipes	40	19,80	27	22,13	0,644
5 à 8 equipes	110	54,46	69	56,56	
≥ 9 equipes	52	25,74	26	21,31	
Diagnóstico de território que revela necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF					
Sim	156	86,67	82	77,36	0,042
Não	24	13,33	24	22,64	
NASF promove/participa de reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores EqAB					
Sim	196	97,03	114	93,44	0,124
Não	6	2,97	8	6,56	
NASF promove educação permanente sobre temas que as EqAB consideram pertinentes					
Sim	200	99,01	118	96,72	0,139
Não	2	0,99	4	3,28	
Quem participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente Profissionais EqAB					
Sim	199	99,50	115	97,46	0,114
Não	1	0,50	3	2,54	
Profissionais NASF					
Sim	199	99,50	118	100	0,442
Não	1	0,50	0	0	
Gestão Municipal					
Sim	143	71,50	75	63,56	0,141
Não	57	28,50	43	36,44	
Gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica					
Sim	159	78,71	70	57,38	0,000
Não	23	21,29	52	42,62	
NASF realiza planejamento de ações a partir de diagnóstico do território					
Sim	199	98,51	116	95,08	0,068
Não	3	1,49	6	4,92	
NASF planeja articulado ao planejamento EqAB					
Sempre	156	81,68	77	63,11	0,000
Na maioria das vezes	34	16,83	37	30,33	
Algumas vezes	3	1,49	8	6,56	

NASF se reúne para discutir processo de trabalho					
Sim	202	100	121	99,18	0,197
Não	0	0	1	0,82	
NASF monitora/analisa indicadores do processo de trabalho					
Sim	187	92,57	98	88,33	0,001
Não	15	7,43	24	19,67	
NASF apoia e desenvolve com EqAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território					
Sim	201	99,50	109	89,34	0,000
Não	1	0,50	13	10,66	
NASF desenvolve atividades integradas com EqAB					
Sim	202	100	122	100	*
Não	-	-	-	-	

Fonte: Elaboração própria

Nota: * Todas as equipes desenvolviam atividades integradas com EqAB. ** Todas as equipes NASF que apoiam e desenvolvem com EqAB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas.

Tabela 3. Análise de regressão logística com OR bruta referente às dimensões das equipes de NASF, segundo a oferta de PICS. Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ-AB, 2017.

	OR bruta	IC 95%	p-valor
SUBDIMENSÃO: CLÍNICO-ASSISTENCIAL			
NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco			
Sim	3,04	1,16 – 7,94	0,023
Não	*		
Quais situações/evidências indicam esse aumento de resolutividade?			
Maior diversidade de ações ofertadas na AB			
Sim	2,42	0,75 – 7,82	0,138
Não	*		
SUBDIMENSÃO: TÉCNICO-PEDAGÓGICA / PROCESSO DE TRABALHO DO NASF			
Quais atividades a coordenação/referência desenvolve junto ao NASF:			
- Mediação ativa/monitoramento pactos de trabalho colaborativo entre NASF e ESF			
Sim	1,99	0,70 – 5,65	0,194
Não	*		
- Planejamento das atividades do NASF			
Sim	1,99	0,70 – 5,65	0,194
Não	*		
- Monitoramento/ avaliação das atividades do NASF			
Sim	2,82	1,06 – 7,49	0,037
Não	*		
- Oferta de atividades pedagógicas			
Sim	3,14	1,80 – 5,49	0,000
Não	*		
- Apoio para articulação intersetorial			
Sim	1,77	0,79 – 3,96	0,164
Não	*		

- Apoio para articulação intrasetorial			
Sim	1,08	0,53 – 2,21	0,826
Não			
A sua equipe NASF apoia quantas eAB?			
Até 4 equipes	1,16	0,83 – 1,63	0,378
5 a 8 equipes	*		
≥ 9 equipes	*		
Diagnóstico de território que revela necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF			
Sim	1,90	1,02 – 3,56	0,044
Não	*		
NASF promove/participa de reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores EqAB			
Sim	2,29	0,77 – 6,77	0,133
Não	*		
NASF promove educação permanente sobre temas que as eAB consideram pertinentes			
Sim	3,39	0,61 – 18,79	0,162
Não	*		
Quem participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente:			
Profissionais eAB			
Sim	5,19	0,53 – 50,49	0,156
Não	*		
Gestão Municipal			
Sim	1,43	0,88 – 2,33	0,141
Não	*		
Gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica			

Sim	2,75	1,68 – 4,49	0,000
Não	*		
NASF realiza planejamento de ações a partir de diagnóstico do território			
Sim	3,43	0,84 – 13,98	0,085
Não	*		
NASF monitora/analisa indicadores do processo de trabalho			
Sim	3,05	1,53 – 6,09	0,002
Não	*		
NASF apoia e desenvolve com eAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território			
Sim	23,97	3,09 – 185,71	0,002
Não	*		

Tabela 4. OR bruta e ajustada¹ da análise multivariada por meio de regressão logística das dimensões das equipes de NASF, segundo a oferta de PICS. Estado da Bahia, Terceiro Ciclo do PMAQ-AB, 2017.

VARIÁVEIS	OR bruta	IC 95%	p-valor	OR ajustada	IC 95%	p-valor
NASF realiza avaliação de casos complexos e classificação de risco						
Sim	3,04	1,16 – 7,94	0,023			
Não	*					
Quais situações/evidências indicam esse aumento de resolutividade?						
Maior diversidade de ações ofertadas na AB						
Sim	2,42	0,75 – 7,82	0,138			
Não	*					
Quais atividades a coordenação/referência desenvolve junto ao NASF:						
- Mediação ativa/monitoramento pactos de trabalho colaborativo entre NASF e ESF						
Sim	1,99	0,70 – 5,65	0,194			
Não	*					
- Planejamento das atividades do NASF						
Sim	1,99	0,70 – 5,65	0,194			
Não	*					
- Monitoramento/avaliação das atividades do NASF						
Sim	2,82	1,06 – 7,49	0,037			
Não	*					
- Oferta de atividades pedagógicas						
Sim	3,14	1,80 – 5,49	0,000	2,63	1,24 – 5,58	0,012
Não	*			*		

- Apoio para articulação intersetorial			
Sim	1,77	0,79 – 3,96	0,164
Não	*		
- Apoio para articulação intrasetorial			
Sim	1,08	0,53 – 2,21	0,826
Não	*		
Sua equipe NASF apoia quantas eAB?			
Até 4 equipes	1,16	0,83 – 1,63	0,378
5 a 8 equipes	*	*	*
≥ 9 equipes	*	*	*
Diagnóstico de território que revela necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF			
Sim	1,90	1,02 – 3,56	0,044
Não	*		
NASF promove/participa de reflexão sobre o processo de trabalho entre trabalhadores eAB			
Sim	2,29	0,77 – 6,77	0,133
Não	*		
NASF promove educação permanente sobre temas que as eAB consideram pertinentes			
Sim	3,39	0,61 – 18,79	0,162
Não	*		
Quem participa da escolha dos temas a serem trabalhados na educação permanente:			
- Profissionais eAB			
Sim	5,19	0,53 – 50,49	0,156
Não	*		
- Gestão Municipal			
Sim	1,43	0,88 – 2,33	0,141

Não	*					
Gestão oferece cursos adequados à necessidade dos profissionais do NASF para atuarem na Atenção Básica						
Sim	2,75	1,68 – 4,49	0,000			
Não	*					
NASF realiza planejamento de ações a partir de diagnóstico do território						
Sim	3,43	0,84 – 13,98	0,085			
Não	*					
NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho						
Sim	3,05	1,53 – 6,07	0,002	3,07	1,72 – 5,46	0,000
Não	*			*		
NASF apoia e desenvolve com eAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividade física no território						
Sim	23,97	3,09 – 185,71	0,002	18,33	2,26 – 148,52	0,006
Não	*			*		

1. Ajustada pelas variáveis: Coordenação oferta atividades pedagógicas junto ao NASF; NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho e NASF apoia e desenvolve com eAB estratégias de promoção de práticas corporais e de atividades física no território.

5.3. PRODUTO TÉCNICO

5.3.1. Nome do Produto Técnico

Webaula sobre Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde do estado da Bahia.

5.3.2. Apresentação e Justificativa

As webaulas, também conhecidas por vídeoaulas, são ferramentas tecnológicas ofertadas por Núcleos de Telessaúde vinculados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, conforme estabelecido em Nota Técnica ministerial (BRASIL, 2015). Desde 2013, o estado da Bahia conta com um Comitê Gestor Estadual do Telessaúde Brasil Redes – Bahia, vinculado à CIB, onde foram estipuladas competências à Coordenação Estadual, dentre as quais viabilizar a oferta de serviços de Teleconsultoria, Telediagnóstico e Tele-educação (BAHIA, 2013a).

As ofertas de Tele-educação, por meio do Núcleo Estadual, pressupõem a utilização de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), para as atividades como cursos e de um Ambiente Virtual/web, para a realização de webconferências, que favoreçam a interação entre os participantes e compartilhamento de materiais (BRASIL, 2015). O AVA possibilita a realização de Educação à Distância (EAD), ofertando atividades educativas, a partir do compartilhamento de informações.

A fim de favorecer a oferta da Tele-educação, faz-se necessário um conjunto de recursos diversos e ferramentas tecnológicas, a saber: equipamentos como computador com acesso à internet, microfone, caixa de som e webcam, além de recursos humanos, como por exemplo, facilitadores e tutores de aprendizagem e palestrantes que irão produzir e apresentar determinados assuntos a serem compartilhados por esta ferramenta (BAHIA, 2013b).

Nesse sentido, entende-se que a webaula é considerada uma Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) fundamental para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde (EPS), e que esta oferta pode auxiliar na implementação de novas ações de EPS, da mesma forma que pode fomentar ajustes importantes nas políticas já existentes e em vigência (FRANÇA *et al*, 2019).

Outro ponto a ser enfatizado é que a webaula, sendo uma das modalidades de Tele-educação, pode e deve ser utilizada também nos momentos de reunião de equipe, com o intuito de aproximar, estimular e potencializar discussões relacionadas ao tema em destaque perante os profissionais das eSF, eAB tradicionais e equipes de NASF, que, no estudo em questão, envolve a oferta de PICS na APS (BRASIL, 2012). Além disso, as webaulas possibilitam aumento da capacidade de aprendizagem, com acesso fácil, rápido e com baixo custo a conhecimento de qualidade num formato flexível às necessidades e expectativas dos envolvidos, sejam gestores, trabalhadores ou usuários.

Com o intuito de compartilhar os achados deste estudo com trabalhadores e gestores de saúde, foi proposta, enquanto produto técnico do Mestrado, a oferta de uma webaula, na modalidade assíncrona, a ser disponibilizada no site do Telessaúde Bahia. Pode-se citar como vantagens das webaulas o fato de poderem ser acessadas por um público diversificado, pelo canal do Youtube, quando houver disponibilidade e em momento oportuno, não havendo necessidade de cadastro prévio na plataforma para ter acesso. As webaulas tem um alcance bem expressivo e em âmbito nacional, entretanto é importante sinalizar que a referida webaula não possibilitará que o público ouvinte possa dirimir possíveis dúvidas e questionamentos junto aos palestrantes no momento da realização desta, considerando que esta oferta se dá na modalidade assíncrona.

Vale salientar que as dúvidas poderão ser esclarecidas por meio de solicitação de Teleconsultoria⁷, mediante cadastro prévio na plataforma Telessaúde Bahia, garantindo, dessa forma, importante mecanismo de interação com o público, que ficará arquivado na plataforma do Telessaúde. Acredita-se que os elementos supracitados justificam a escolha da webaula como ferramenta estratégica para apresentação dos resultados desta pesquisa.

5.3.3. Objetivos

- Divulgar e apoiar a qualificação dos trabalhadores do SUS no que se refere ao tema das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

⁷ As Teleconsultorias permitem que os profissionais e trabalhadores da Atenção Básica recebam esclarecimentos sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, materiais educativos, organização e gestão da Atenção Básica. Podem ser solicitadas via plataforma online do Telessaúde Bahia e podem ser realizadas via texto ou vídeo (BAHIA, 2013b)

- Mobilizar os gestores municipais quanto a importância da oferta de PICS no SUS em especial no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

5.3.4. Metodologia

A referida webaula foi viabilizada em parceria com a Coordenação Estadual do Telessaúde, vinculada à Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB), onde será elaborada, apresentada, gravada e posteriormente disponibilizada para os participantes cadastrados na plataforma do Telessaúde Bahia.

Esta modalidade de Tele-educação tem um caráter de objetividade e é centrada apenas em uma temática, sendo ofertada sob a forma de apresentação dialogada e voltada para discussão e reflexão das práticas e processo de trabalho no âmbito da Atenção Básica, sendo ministrada por profissional que tenha domínio e referência no tema abordado (site Telessaúde).

O tema abordado nesta webaula será relacionado diretamente à Pesquisa intitulada: “Oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do estado da Bahia”, produzida pela mestranda Françoise Elaine Silva Oliveira, sua orientadora e co-orientadora, todas vinculadas ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Bahia (MEPISCO/UNEB).

A webaula foi programada para ser gravada entre os meses de maio a junho de 2021 e ficará disponível na plataforma do Telessaúde a partir do mês de julho no link <http://telessaude.ba.gov.br/> ou no canal do YouTube. Para o desenvolvimento da webaula, foi apresentado um quadro esquemático com o planejamento desta atividade, assim como foi sistematizada uma apresentação com os principais tópicos relevantes.

PROGRAMAÇÃO DA WEBAULA
Apresentação do título do estudo, trazendo contextualização e justificativa
Objetivos do estudo
Descrição e discussão dos achados mais relevantes e significativos do estudo
Considerações acerca do estudo
Discussão com a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da Bahia
Orientações sobre como solicitar esclarecimentos de dúvidas e questionamentos relacionados ao estudo por meio de Teleconsultoria
Orientações de acesso à webaula gravada

É válido acentuar que a webaula é um tipo de atividade educacional da Tele-educação que não necessita de elaboração de ementa e não gera emissão de certificados, diferentemente da modalidade de cursos e módulos educacionais (BRASIL, 2015).

5.3.5. Contribuições

O referido produto técnico tem grande potencial de contribuição na sensibilização e qualificação dos gestores e trabalhadores de saúde no tocante às potencialidades da oferta de PICS nos serviços da APS, mediante formulação e oferta de cursos e outras webaulas futuras, voltadas para o processo de implementação e utilização das diversas modalidades de PICS nos serviços de saúde. Além disso, poderá também colaborar na visibilidade das PICS, a partir da sensibilização dos atores da gestão local, na medida em que a atividade de webaula busca apontar os principais resultados de ambos os estudos envolvidos nesta dissertação, no tocante à melhoria dos processos de trabalho em saúde no âmbito da APS.

5.3.6. Perspectivas

Espera-se que a webaula ofertada possa reverberar em desdobramentos essenciais para o processo de implementação das diretrizes inseridas nas políticas públicas de PICS, tanto no nível nacional, por meio da PNPIC, quanto no nível estadual, através da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPIC-BA), aprovada em 2019 (BAHIA, 2019).

5.3.7. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 50/2015**. Define as diretrizes para oferta de atividades do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Diário Oficial da União. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para Atenção Básica** / Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução CIB/BA nº 032/2013**. Redefine e aprova composição do Comitê Gestor Estadual do Telessaúde Brasil Redes Bahia e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia. 25 fev 2013a.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria da Atenção Básica. **Núcleo Técnico Científico de Telessaúde - Tele-educação**. Salvador, 2013b. Disponível em: <<http://telessaude.ba.gov.br/ofertas/tele-educacao/>>. Acesso em: 02 maio 2021.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução CIB/BA nº 113/2019**. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia. Diário Oficial do Estado da Bahia. 19 jun 2019.

FRANÇA, T.; RABELLO, E.T.; MAGNAGO, C. **As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p.106-115, Aug. 2019. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000500106&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Apr. 2021. Epub Sep 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s109>.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados desta dissertação foi possível mostrar as principais práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) ofertadas no âmbito da APS estadual, em especial por parte das equipes de APS (equipes de saúde da família e de AB tradicional) e de NASF, em conformidade com os dados da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB. Em ambos os estudos, observou-se uma distribuição heterogênea de PICS no estado da Bahia.

Os estudos aqui desenvolvidos contemplaram a identificação de fatores associados à oferta de PICS, a partir do desenho metodológico proposto, fatores estes que estão relacionados à caracterização municipal e à organização do processo de trabalho das equipes de APS e NASF. Foi evidenciada significativa influência de oferta a partir de duas principais variáveis analisadas: equipes pertencentes à municípios com maior porte populacional com maiores gastos com recursos próprios em saúde. Outros fatores que também apresentaram relevância nesta oferta foram municípios com maior IDH e menor índice de Gini.

Outras influências consideráveis na oferta de PICS diz respeito às equipes de NASF que recebiam ofertas de atividades de cunho pedagógico por parte da equipe de gestão/coordenação municipal, que realizavam monitoramento e análise de indicadores do seu processo de trabalho e que apoiavam e desenvolviam estratégias promotoras de práticas corporais e de atividades físicas no território de forma compartilhada com as equipes de APS.

A pesquisa apontou que a utilização do método de regressão logística e multinível foi adequada para a identificação dos fatores associados à oferta de PICS, demonstrando a importância da realização de estudos de abordagens tanto quantitativas como qualitativas, especialmente de cunho avaliativo, para o fortalecimento da inserção e da oferta de PICS nos serviços públicos de saúde, possibilitando o acesso dos usuários a práticas que busquem efetivar os princípios da integralidade e longitudinalidade do cuidado, com compartilhamento de saberes e ações de matriciamento entre as equipes.

Por fim, o produto técnico desta dissertação irá se estruturar sob o formato de uma webaula para apresentar os principais resultados das pesquisas aqui realizadas, podendo contribuir fortemente para a qualificação dos atores envolvidos na implementação das diretrizes da política (PNPIC e PEPIC-BA), na oferta de PICS no

âmbito da APS, além de possibilitar aproximação e aprofundamento por parte dos gestores e trabalhadores de saúde no tocante à oferta de PICS nos serviços de saúde local.

Como possíveis limites deste estudo, pode-se considerar o fato das equipes de APS e de NASF aderidas voluntariamente ao PMAQ-AB serem priorizadas ao partir do olhar da gestão municipal, levando a uma possível existência de viés de seleção pelo fato de estimular ou tendenciar as equipes avaliadas a apresentarem respostas positivas que levarão a um melhor desempenho avaliativo na medida em que o referido programa está atrelado ao repasse de incentivos federais aos municípios participantes.

Em síntese, nota-se o quão se faz importante efetivar novos estudos considerando especialmente, o contexto pandêmico do Novo Coronavírus (Covid-19) e o novo modelo de financiamento da APS, que associa o repasse financeiro aos municípios a partir da melhoria de indicadores de saúde priorizados, que não contemplam as PICS, colocando-as à margem do SUS. Importante sinalizar que esta nova lógica de financiamento tende a ofertar práticas e serviços de saúde de modo mais restritivo e pouco resolutivo para o SUS e em especial para a Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. V.03, n.01, p.01-03. Jan-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em 18 de maio de 2021.

ABRASCO; CEBES; ENSP. Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. 27 de julho 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/> Acesso em: 17 de dezembro de 2020.

ABREU, I.P.H. O vitalismo das práticas integrativas e complementares e o conceito de campo da ciência moderna. *VITTALLE - Revista De Ciências Da Saúde*, 2018; 30(1), 115–129.

ALMEIDA E.R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*, 42, e180, 29 out 2018

AMORIM, L.D.A.F.; OLIVEIRA, N.F.; FIACCONE, R.L. Modelos de Regressão em Epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações** - [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 252-264.

AMADO, D.M. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **JMPHC**. Journal of Management and Primary Health Care. www.jmphc.com.br J Manag Prim Heal Care, v. 8, n. 2, p. 290-308, 2017.

AZEVEDO, C. et al. Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, e20180389, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452019000200226&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 de set. 2019.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB nº 132, de 20 de setembro de 2007**. Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Estado. Salvador: 2007. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp> Acesso em: 26 de setembro de 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Atenção Básica. **Política Estadual de Atenção Básica**, 2013. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/Decreto14457_Maio_2013.pdf Acesso em 28 de janeiro de 2020.

BAHIA. **Lei n. 13.204 de 11 de dezembro de 2014**. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. Legislação Estadual. Casa Civil. Diário Oficial do Estado, 2014. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/LEI%20N%C2%BA%2013.204%20DE%2011%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202014.pdf. Acesso em: 26 de setembro de 2020.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Portaria SES-BA nº 521, de 05 de maio de 2016**. Comissão Interinstitucional de Implementação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares nos SUS no Estado da Bahia - Acesso pelo email institucional dgc.pics@saude.ba.gov.br.

BAHIA. SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Disponível em: https://www.sei.ba.gov.br/images/resumo/resumo_bahia.pdf Acesso em: 26 de setembro de 2020.

BARBOSA, F.E.S. et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00208818, 2020.

BARRETO, A.F. et al. Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação / Organizador: Alexandre Franca Barreto – Recife: **Editora UFPE**, 2014 p. 281.

BARROS, N.F. de; SPADACIO, C.; COSTA, M.V. da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p.163-173, Sept. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500163&lng=en&nrm=iso. acesso em 13 May 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 26 Mar 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Diário Oficial da União, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 24 jan 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, número 27.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo município. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniba.def>> Acesso em: 26 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS. 2010. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicBA.def> Acesso em: 26 de setembro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS/GM nº. 1654, de 19 de julho de 2011.** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria MS/GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria, nº 3124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Cadernos de Atenção Básica, nº 39.** 1ª ed.; 1ª reimpr. - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015a. 116 p.:il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 64 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.** Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yôga à Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria, nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Informe - Ampliação da PNPIC.** 2017c Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_pics_maior2017.pdf Acesso em 13 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Brasília. 2017d. Disponível em 89.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_S_B.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica - e-Gestor. 2017e. Disponível: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> Acesso em: 27 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – 2. ed., 1. Reimpr. -Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 180 p

CAMPOS, G.W. de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: **Hucitec**, 2000.

CAMPOS, G.W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S., organizador. Saúde Paideia. São Paulo: **Hucitec**; 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G.W. de S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, pág. 961-970, dezembro de 2011.

CAMPOS, G.W. de S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F. de; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (org) **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 51-72.

GONTIJO, M.B.A.; NUNES, M.F. Práticas Integrativas e complementares: conhecimento, e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 301-320, Apr. 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Acesso em 24 novembro 2019. Epub Aug 20, 2018.

HECK, R.H., THOMAS, S.L., TABAT, L.N. (2014). Multilevel modeling of categorical outcomes using IBM SPSS (2nd edition). New York: Routledge.

LIMA, K.M.S.V.; SILVA, K.L.; TESSER, C.D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, Junho 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 debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 171-187, set 2017.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7 (1): 13-43, 1997.

MELO, E. A. et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 328-349, Set 2018.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios no cotidiano. In: MENDONÇA, M.H.M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa** - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 425-449.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: **Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde**, (Cadernos Cefor, 1 – Série textos). 1992.

MENDES GONÇALVES, R.B. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: **Hucitec**, 1994.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra. **Organización Mundial de la Salud**. 2002.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023. Ginebra. **Organización Mundial de la Salud**. 2013.

OMS/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadarq/alma-ata.pdf>. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Salvador, **Rev Saúde Pública**, n. 40, p. 73-8, 2006

PEDUZZI, M., SCHRAIBER, L.B. Processo de Trabalho em Saúde. In: Pereira IB; Lima JCF (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 24 setembro 2020.

PINTO, H. A. Análise da mudança da política nacional da atenção básica. **Saúde em Redes**, v. 4, n.2, p.191-217, 2018.

RUELA, L. de O. et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão de literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, 4239-4250, nov. 2019.

SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, Nov. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100018&lng=en&nrm=iso. access on 13 May 2021.

SOUSA, I.M.C. de; TESSER, C.D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, e00150215, 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso. access on 26 Sept. 2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002.

TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016 Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso. access on 26 Sept. 2019.

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** 42 (5), out 2008.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1732-1742, Aug. 2009.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. de. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde Soc.** 21 (2), jun 2012.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C. de; NASCIMENTO, M.C. do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 174-188, Sept. 2018.