

Luisa Nuernberg Losso

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO
BÁSICA EM SANTA CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Avaliação em saúde

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas.

Florianópolis - SC
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Losso, Luisa Nuernberg

Avaliação da implantação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em Santa Catarina. / Luisa Nuernberg Losso ; orientador, Sergio Fernando Torres de Freitas - Florianópolis, SC, 2015.

204 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

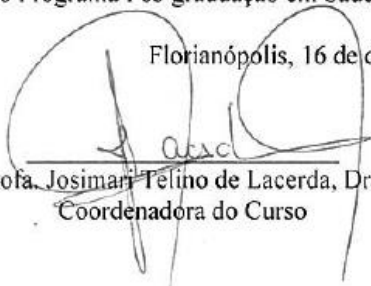
1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação em Saúde. 3. Práticas Integrativas e Complementares. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Freitas, Sergio Fernando Torres de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Luisa Nuernberg Losso

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO
BÁSICA EM SANTA CATARINA**


Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título
de Mestre (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 16 de dezembro de 2015.



Prof. Josimar Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso


BANCA



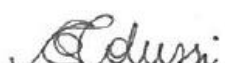
Prof. Sérgio Fernando Torres de
Freitas, Dr.
UFSC (Orientador)



Prof. Nelson Filice de Barros, Dr.
Univ. de Campinas
UNICAMP



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Univ. Fed. do Paraná
UFPR



Prof. Claudia Flemming Colussi,
Dra.
UFSC

Dedico este trabalho aos meus pais
Elisabeth e Eloy, meus exemplos de
vida.

AGRADECIMENTOS

**“Gratidão.
Celebrar cada momento.
Celebrar o momento que se conquistou.
Celebrar o que se tem. E o que se quer.
Celebrar quem somos. Celebrar a vida.
Celebrar. É uma bela forma de se agradecer.”**
Jean Rosana

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

À Deus, meus anjos, e protetores por me guiarem pelo melhor caminho.

Aos meus pais Elisabeth Nuernberg e Eloy João Losso Filho pelos ensinamentos, suporte, incentivo, e sobretudo pelo amor incondicional. Agradeço à minha mãe Elisabeth, minha heroína, que me incentivou nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Ao meu pai Eloy, que como mestre me apoiou, me aconselhou, e me fortaleceu, ajudando a reconhecer os meus potenciais e também meus limites.

Ao meu irmão Leonardo Losso meu sempre protetor e grande exemplo de otimismo e força.

À Mimi e ao Milo, meus irmãos felinos amados, que estiveram presentes durante a escrita dessa dissertação, faça chuva ou faça sol, e tornaram o processo mais leve.

Às minhas amigas de longa data, Karla, Bruna, Luiza, Ana Paula, Gabriela, Carla, Laís, Stefany, que sempre estiveram presentes em minhas conquistas, e me orgulham fazer parte desta amizade verdadeira e eterna.

Aos naturólogos, classe de profissionais que admiro. Com vocês aprendi os verdadeiros valores da empatia, interagência e respeito à singularidade humana. Especialmente ao Daniel, meu orientador da graduação em Naturologia, que permitiu meu primeiro contato com a

pesquisa científica, e me estimulou continuar neste caminho na pós-graduação. Às queridas amigas e naturólogas Nathália, Beatriz e Kyra, pela amizade e apoio.

Ao Gabriel, pelo companheirismo, amizade, compreensão, carinho e auxílio nos momentos difíceis.

Às minhas amigas de mestrado, Marcella (minha dupla), Elis (minha irmã postiça) e Ana (minha confidente), os mais novos presentes que ganhei desta etapa, a amizade de pessoas tão especiais como vocês.

A Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC pela oportunidade de fazer o curso de pós-graduação.

Aos colegas queridos da turma de mestrado do PPGSC/UFSC, pela união, apoio, risadas, estudos, que permitiram compartilhar juntos esta etapa importante nas nossas vidas.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva que transmitiram seus conhecimentos e me auxiliaram no crescimento profissional e pessoal. Especialmente às professoras Dr^a Maria Cristina Calvo, Dr^a Josimari Lacerda, e Dr^a Cláudia Colussi, com notória experiência em avaliação em saúde, que me ensinaram a compreender os diversos aspectos desta área, ensinados com muito carinho e dedicação.

Aos professores Dr. Douglas Kovaleski e Dr. Fúlvio Nedel, pelas contribuições na banca de qualificação, fundamental para a melhoria do estudo. Ao professor Fúlvio também, pelo auxílio na coleta do banco de dados, essencial para os resultados desta pesquisa.

Agradeço ao Ministério da Saúde e ao Departamento de Atenção Básica pelos dados presentes na minha dissertação.

Aos participantes da conferência de consenso, Claudia, Fernando, Karen, Melissa, pelas contribuições para o aprimoramento desta avaliação.

Aos colegas do NEPAS pela contribuição através dos seus conhecimentos e experiências em avaliação em saúde.

Ao João Oster da secretaria de pós-graduação em saúde coletiva por auxiliar com toda sua simpatia e eficiência nos processos burocráticos do programa.

Aos professores que participaram da banca examinadora deste trabalho, Dr. Nelson Filice de Barros, Dr. Fernando Hellmann e Dr^a Cláudia Colussi, por terem aceitado o convite, e pelas valiosas contribuições que trouxeram.

Ao professor Dr. Sergio Freitas, meu orientador, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho. Você que me orientou com sabedoria, ensinou com paciência, me acolheu acreditando no meu potencial, e respeitou o meu tempo de rendimento para a conclusão desta dissertação.

À vida por ser maravilhosa e cheia de surpresas!

Muito obrigada!

*“A alma é invisível,
Um anjo é invisível,
O vento é invisível,
O pensamento é invisível,
e no entanto, com delicadeza,
se pode enxergar a alma,
se pode adivinhar o anjo,
se pode sentir o vento,
se pode mudar o mundo
com alguns pensamentos.”*

(Roseana Murray)

LOSSO, Luisa Nuernberg. Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015, 204p.

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas.

RESUMO

Este estudo desenvolveu um modelo de avaliação para implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na atenção básica, e aplicou em 293 municípios do estado de Santa Catarina. Foi considerado o período de análise do ano de 2013 e os dados secundários foram referentes à avaliação externa do segundo ciclo de coleta do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), composto por 1470 equipes de atenção básica de Santa Catarina, e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A construção do modelo se baseou no banco de dados do PMAQ-AB, em normativas do Ministério da Saúde e foi validado por meio de oficina de consenso com profissionais especialistas no serviço de PIC e avaliação em saúde. O consenso entre os especialistas foi necessário para definir parâmetros e medidas, visto que não há normativa que estabeleça valores padrão, considerando-o um modelo empírico e orientado para a gestão. O modelo contemplou quatro dimensões: assistência, recursos humanos, recursos materiais e gestão, e seis indicadores: oferta de PIC, capilaridade das PIC, atividades de educação em saúde em PIC, material para procedimento em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, medicamentos fitoterápicos e educação permanente em PIC para equipe. Os municípios foram estratificados por porte populacional para conduzir a análise do juízo de implantação em grupos mais homogêneos. Nos 293 municípios avaliados, o juízo de valor final foi medido em graus de implantação, sendo 35 municípios (11,9%) com baixo grau de implantação (implantação incipiente), 46 (15,7%) com médio grau de implantação (parcialmente implantados), 50 (17,1%) com alto grau de implantação (implantados), e apresentou 162 (55,3%) municípios sem oferta de PIC.

Estes resultados indicam que a implantação das PIC em SC está avançada, considerando a somatória do alto e médio grau de implantação relativo a 56,3% do estado. O modelo desta pesquisa se mostrou viável e permitiu avaliar os municípios do Estado de Santa Catarina, classificando-os em graus de implantação, identificando também a distribuição das PIC no território catarinense. Estudos futuros poderão avaliar a implantação das PIC em diferentes estados brasileiros, e também aprimorar o modelo avaliativo a partir de propostas mais recentes de ciclos posteriores do PMAQ-AB.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Terapias Complementares. Medicina Integrativa. Práticas Integrativas e Complementares. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The present study developed an evaluation model for the implantation of Integrative and Complementary Practices (PIC) in primary care, and applied it in 293 municipalities of Santa Catarina. It was considered the analysis period of the year of 2013 and the data was referent to the external evaluation of the second collection cycle of the Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB), composed by 1470 primary care teams of Santa Catarina, and the Department of the Unified Health System (DATASUS). The making of the model was based in the PMAQ-AB database, in regulations of the Health Ministry and it was validated by consensus workshop with professional experts in the service of Integrative and Complementary Practices and health evaluation. The consensus among experts was necessary to set parameters and measures, since there are no regulations that establish standard values, considering it an empirical model and oriented to management. The model included four dimensions: Assistance, Human resources, Material resources and Management, and six indicators: PIC's offer, Distribution of PIC, Education in health, Material for procedure in Tradicional Chinese Medicine/Acupuncture, Herbal medicines and Permanent education for the team. The municipalities were stratified by population size to conduct the analysis of the implementation of judgment in more homogeneous groups. In the 293 municipalities evaluated, the judgement of final value was measured in implantation degrees, where 35 municipalities (11,9%) had low implantation degree (incipient implantation), 46 (15,7%) with average implantation degree (partially implanted), 50 (17,1%) with high implantation degree (implanted), and presented 162 (55,3%) municipalities with no PIC's offer. These results indicate that the implementation of the PIC in SC is advanced, considering the high and average degree of implementation relative to 56,3% of the state. The model of this research proved viable and allowed to evaluate the municipalities of the state of Santa Catarina, classifying them in implantation degrees, also identifying the distribution of PIC in Catarinense territory. Future studies will be able to evaluate the implantation of the PIC in different Brazilian states, and also improve the evaluation model from recent proposals for subsequent PMAQ-AB's cycles.

Keywords: Evaluation in Health. Complementary Therapies. Integrative Medicine. Complementary and Integrative Practices. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fases do PMAQ-AB, 2011.	63
Figura 2. Modelo teórico-lógico da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica.	86
Figura 3. Etapas da análise do banco de dados PMAQ-AB 2º ciclo, 2013.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Comparação das racionalidades médicas. (Continua).....	49
Quadro 2. Marco histórico da institucionalização das PIC no SUS.....	53
Quadro 3. Descrição teórico-metodológica dos artigos científicos sobre terapias complementares no Brasil e no mundo, segundo as bases de dados <i>PubMed</i> e LILACS. (Continua).....	68
Quadro 4. Descrição teórico-metodológica das teses e dissertações sobre práticas integrativas e complementares no Brasil, segundo o periódico da CAPES. (Continua).....	75
Quadro 5. Descrição teórico-metodológica dos artigos científicos sobre práticas integrativas e complementares no Brasil, segundo o buscador Google. (Continua).....	79
Quadro 6. Matriz avaliativa da implantação das práticas integrativas e complementares nos municípios da atenção básica. (Continua).....	93
Quadro 7. Relação de variáveis do PMAQ-AB 2013 selecionadas para a matriz de avaliação e julgamento, 2015.	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Banco de dados da avaliação da implantação das PIC na atenção básica catarinense, apresentando a população residente no ano de 2013, a pontuação dos indicadores e o juízo de valor para implantação dos municípios, Santa Catarina.....	169
Tabela 2. Classificação dos municípios catarinenses, segundo juízo de valor das dimensões da matriz avaliativa de implantação das PIC na atenção básica.....	181

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
APS – Atenção Primária a Saúde
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
CGAT/DAB – Coordenação Geral de Áreas Técnicas
CGR – Colegiados de Gestão Regional
CIPIC/CNS – Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares do Conselho Nacional de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF – Distrito Federal
EAB – Equipes da Atenção Básica
EAD – Educação à distância
ESF – Estratégia Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministro
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS/UERJ - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAC – Média e Alta Complexidade
MCA - Medicina Complementar e Alternativa
MeSH – Medical Subject Headings
MI – Medicina Integrativa
MS – Ministério da Saúde
MT – Medicina Tradicional
MT&MC - Medicina Tradicional e Complementar
MTC – Medicina Tradicional Chinesa
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIC – Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PMNPC - Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PSF – Programa Saúde da Família
PUBMED – Public Publisher Medline
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SC – Santa Catarina
SCNES ou CNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO AO LEITOR	27
PARTE I - CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO .	29
1 INTRODUÇÃO	31
1.1 OBJETIVOS.....	32
1.1.1 Objetivo Geral.....	32
1.1.2 Objetivos Específicos.....	32
2 REVISÃO TEÓRICA	33
2.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	33
2.1.1 Componentes do sistema de saúde brasileiro.....	35
2.1.1.1 Modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil.....	35
2.2 MEDICINA TRADICIONAL/COMPLEMENTAR/INTEGRATIVA NO OCIDENTE.....	42
2.3 RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	47
2.4 INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PIC NO SUS.....	52
2.5 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	54
2.6 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	59
2.7 IMPLANTAÇÃO DAS PIC NA ATENÇÃO BÁSICA.....	60
2.8 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	62
2.9 ESTUDOS SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	65
2.9.1 Estudos nas bases de dados <i>PubMed</i> e LILACS.....	66
2.9.2 Estudos no banco de dissertações, teses e periódicos da CAPES.....	74
2.9.3 Estudos no buscador <i>Google</i>.....	78
2.9.4 Principais resultados e discussão dos estudos.....	81
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	83
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	83
3.2 ELABORAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO.....	84
3.3 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO.....	85
3.3.1 Oficina de consenso.....	85
3.3.2 Modelo teórico lógico.....	86
3.3.3 A matriz de avaliação e de julgamento.....	90
3.4 COLETA DOS DADOS.....	95
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	99
Parte II	101

4 RESULTADOS	103
4.1 ARTIGO PARA APRECIACÃO DO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA: Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica no estado de Santa Catarina, Brasil.....	104
Parte III – ELEMENTOS PÓS TEXTUAIS	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS.....	136
APÊNDICES	148
APÊNDICE A - Diário de análise do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB 2º CICLO - Módulos 1 e 2 (Arquivos modISC, modIISC)	150
APÊNDICE B – <i>Rationale</i> das dimensões e de seus respectivos indicadores da matriz avaliativa da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina.	160
APÊNDICE C – Banco de dados da avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica catarinense.....	169
APÊNDICE D – Matriz de avaliação da implantação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica catarinense, apresentando os juízos de valor segundo as dimensões nos 131 municípios que ofertavam alguma PIC, Santa Catarina, 2015.....	181
APÊNDICE E – Distribuição dos municípios avaliados segundo juízo de valor para implantação das práticas integrativas e complementares em Santa Catarina.....	122
ANEXOS.....	187
ANEXO A - Regras para submissão do artigo na Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP).....	189

APRESENTAÇÃO AO LEITOR

A dissertação denominada “Avaliação da implantação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em Santa Catarina” está inserida na linha de pesquisa em Planejamento e Avaliação de Serviços, Programas e Sistemas de Saúde; na área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O trabalho configura-se em três partes principais: Na *Parte I* expõe-se o contexto e as características do estudo. No primeiro capítulo é apresentada a **introdução**, onde foram definidos o tema de investigação, a **pergunta** e **objetivos** da pesquisa. O segundo capítulo, por sua vez, trata da **revisão teórica**, quando é feita uma aproximação à conformação do sistema de saúde brasileiro, os modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e suas políticas públicas de saúde, apresentando também os conceitos e estudos que envolvem a área das Práticas Integrativas e Complementares. O terceiro capítulo apresenta a **metodologia** estruturada em sete itens 1) tipo de estudo 2) elaboração do modelo teórico-lógico 3) construção do modelo de avaliação 4) oficina de consenso 5) modelo avaliativo final 6) coleta de dados 7) análise dos dados.

A *Parte II* apresenta os **resultados** da pesquisa, em formato de um artigo científico formatado de acordo com as normas da revista científica a ser submetido, conforme regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

A *Parte III* inclui os elementos pós-textuais: **considerações finais**, **referências**, **apêndices**, e **anexos**.

Ao final, espera-se atingir os leitores de modo a sensibilizá-los em relação à importância do tema, difundindo o conhecimento sobre a área das Práticas Integrativas e Complementares.

PARTE I - CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO

O contexto que introduz as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcado por diversos movimentos de interessados na chamada Medicina Tradicional e Complementar (MT&MC) permitindo um novo olhar para os modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil, como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na incorporação desta medicina nos sistemas nacionais de saúde. (SIMONI, 2013, ESTRELA, 2013, WHO, 2013).

Por parte do Ministério da Saúde (MS) ocorre a criação de portarias que regulamentaram a implantação deste serviço no âmbito do SUS, com destaque para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que descreveu a adoção de medidas para gestores no âmbito municipal, estadual e federal sugerindo a implantação de ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares, impulsionando a expansão em todo território nacional a partir de sua publicação em 2006. (BRASIL, 2006a).

As PIC fazem parte de um campo de cuidados em saúde que engloba as racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde. As práticas descritas na PNPIC são representadas por três racionalidades médicas como a medicina tradicional chinesa, a medicina homeopática e a medicina antroposófica, e práticas terapêuticas como a fitoterapia, plantas medicinais, e o termalismo social/crenoterapia. Elas têm por objetivo estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, ampliando a oferta de cuidados aos usuários do SUS. (BRASIL, 2006a, NASCIMENTO *et al.*, 2013).

As diretrizes e ações da PNPIC demonstram convergência com políticas nacionais como a de atenção básica e de promoção da saúde, cujas interações são recomendadas pelo MS como uma estratégia de ampliação e integração das PIC em diferentes contextos e comunidades, oferecendo mais opções terapêuticas aos usuários do SUS. (BRASIL, 2012b).

A PNPIC define que o Departamento de Atenção Básica (DAB) é o órgão responsável pela gestão nacional das PIC, e desempenha o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação. Muitos levantamentos têm sido realizados pelo MS e DAB sobre a oferta do serviço de práticas integrativas e complementares, demonstrando a expansão pelo território brasileiro, mas ainda não foram divulgados indicadores de avaliação da implantação/implementação deste serviço

no SUS, reconhecido pela PNPIC como uma ação de responsabilidade federal. (BRASIL, 2006a).

Como o Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados, com o intuito de incentivar a melhoria dos serviços de atenção básica, em 2011 foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), inserido em um contexto de reforma da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como uma ação estruturante e contínua que realiza a coleta de informações e avaliação de equipes de atenção básica (EAB), e dentre o levantamento de informações as PIC são avaliadas desde o primeiro ciclo de coleta. (BRASIL, 2011a).

A coleta destas informações pelo PMAQ-AB é considerada um padrão estratégico, pois está relacionada a políticas específicas, neste caso à PNPIC, reconhecendo desta forma o esforço de equipes que tenham empreendido iniciativas visando estimular a ampliação do acesso às PIC nos diversos contextos existentes no país.

Portanto, por estes motivos, o presente estudo elegeu como objeto de pesquisa o serviço de práticas integrativas e complementares (PIC), propondo um modelo de avaliação da implantação deste serviço na atenção básica e definindo que seria aplicado nos municípios do estado de Santa Catarina, respondendo a seguinte questão:

Em que medida o serviço de práticas integrativas e complementares está implantado na atenção básica no estado de Santa Catarina em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde e de instâncias ligadas à atenção básica?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Avaliar a implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica nos municípios de Santa Catarina.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Criar modelo para avaliação da implantação das PIC na atenção básica do SUS
- Descrever a distribuição do serviço de práticas integrativas e complementares nos municípios do território catarinense.
- Classificar os municípios do território catarinense em graus de implantação.

2 REVISÃO TEÓRICA

No intuito de traçar o desenvolvimento da discussão conceitual através de um histórico breve, a revisão teórica está organizada segundo três eixos gerais: sistema de saúde brasileiro e modelos de atenção à saúde vigentes; medicina complementar e alternativa, racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares e seus estudos; e políticas e programas de saúde relacionadas ao tema da pesquisa.

2.1 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

É relevante considerar que os temas e problemas relacionados à saúde dos indivíduos são uma preocupação coletiva de todas as nações, e os sistemas de saúde têm como função solucioná-los da melhor forma em cada país. (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Lobato e Giovanella (2012) explicam que os sistemas de saúde são recentes na história, e se desenvolveram como estruturas orgânicas e públicas de atenção à saúde em decorrência do crescimento e participação dos estados no controle de diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem estar de uma determinada população. A condução dos processos referentes à saúde de cada população faz com que o Estado delegue organizações para gerir regras e serviços que comportem a concepção de saúde predominante em cada sociedade.

Ainda Lobato e Giovanella (2012) consideram que um sistema de saúde deve possuir uma estrutura capaz de promover saúde, garantindo a melhoria das condições de vida da população, cuidando assim das pessoas para aliviar seu sofrimento.

No Brasil, o Sistema único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde, orientado por princípios e diretrizes que fazem parte de uma ampla concepção do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

A configuração dos serviços de saúde no Brasil passou por importantes e intensas modificações com a criação da vigente constituição do Brasil de 1988 onde se instituiu o SUS, que no início da década de 1990 foi definido através da Lei orgânica da Saúde nº 8080/90, complementada pela lei nº 8142/90 (BRASIL, 1988, ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Na época, o processo de formação do SUS foi impulsionado pelo movimento da reforma sanitária, que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Este movimento tinha valores e

propostas políticas a partir da formulação de uma “utopia igualitária”, a qual defendia a construção de uma sociedade em que a igualdade e a solidariedade eram valores fundamentais para garantia da saúde como um direito individual e que a configuração de uma gestão social democrática fortaleceria os poderes locais, permitindo desta forma uma comunidade politicamente inclusiva, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua interação como cidadãos. (FLEURY, OUVERNEY, 2012, grifo do autor, pg. 25).

Segundo Paim (2008, pg. 342)

A reforma sanitária permitiu a democratização da saúde, implicando na elevação da consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao SUS e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão.

Outro marco desta mudança na saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que propôs a reformulação do sistema nacional de saúde, e levantou temas importantes para a sociedade e sua garantia de cidadania. Para Fleury e Ouverney (2012, p. 25) “a cidadania pode ser considerada a dimensão pública dos indivíduos, vistos como autônomos, isolados, e competitivos na dimensão privada, mas integrados e cooperativos na comunidade política”.

Vale ressaltar que anteriormente a criação do SUS, a saúde que era responsabilidade exclusiva do poder federal e o acesso ao atendimento restrito aos contribuintes da previdência social imputava limites à sociedade. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram impulsionadas fortes modificações no sistema de saúde com a descentralização do poder e a inclusão da participação da sociedade civil.

Para entendermos as práticas de saúde existentes, necessitamos levantar alguns pontos norteadores que facilitem a compreensão da dinâmica do atual sistema de saúde brasileiro, descritos nas seguintes subseções.

2.1.1 Componentes do sistema de saúde brasileiro

Cada sistema de saúde possui alguns componentes que Lobato e Giovanella (2012, p. 102) definem sendo “a cobertura, o financiamento, a força de trabalho, a rede de serviços, os insumos, a tecnologia, o conhecimento, e as organizações”. A relação destes componentes resulta em políticas, ações e serviços prestados e determinam o desempenho do sistema previsto nas condições de saúde da população.

Os sistemas também possuem funções que são desenvolvidas por indivíduos ou agentes envolvidos direta ou indiretamente com este sistema por meio de relações políticas e econômicas. Na compilação de seus estudos Lobato e Giovanella (2012, p. 108) descrevem estas funções como sendo “alocação de recursos, gestão, regulação e prestação de serviços”, sendo este último correspondente ao modelo de atenção que será aderido pelo país, representado pelas diferentes modalidades de serviços prestados e sua organização no sistema.

A partir daqui, a análise dos modelos de atenção facilitará a compreensão e discussão mais adiante, da situação atual e forma de organização das ações e serviços em saúde no Brasil.

De acordo com Paim (2012, p. 463)

Um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnológica nas práticas de saúde. Não como algo exemplar, molde, norma, ou padrão que todos devem seguir ou rejeitar [...] indica modos de organizar a ação e dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre problemas e necessidades de saúde que podem ser diversos, tendo em conta realidades distintas.

Pensando neste sentido, a elaboração dos modelos de atenção no Brasil precedeu de movimentos ideológicos que eram orientados por uma dada realidade, ou seja, estavam inseridos no contexto de determinado período. Ainda considera-se que podem ser identificados modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas.

2.1.1.1 Modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil

Considerando a conformação do sistema de serviços de saúde brasileiro, podem ser identificados diversos modelos de atenção em

diferentes momentos da história. Diante disto, podem ser considerados dois modelos hegemônicos que convivem historicamente - o modelo biomédico e o modelo sanitarista -, mas também outros modelos que vieram sendo incorporados na perspectiva de mudança do modelo hegemônico.

Os termos “modelo biomédico”, “medicina científica”, “modelo médico hegemônico”, “modelo flexneriano” são encontrados na literatura e aqui serão utilizados como termos correlatos, referindo-se à biomedicina, sendo que a utilização de cada um se dará pela nomenclatura adotada por cada autor.

O conceito hegemônico será associado com a ideia de predominância, frente a um consenso da população orientado por uma direção política e cultural que é exercida por um grupo de determinado segmento social. (PAIM, 2012).

O modelo médico hegemônico apresenta as seguintes características (MENÉNDEZ, 1984, grifo do autor, p. 102)

[...] biologicismo, concepção teórica evolucionista, positivista, a historicidade, aculturalidade, sociabilidade, individualismo, eficácia pragmática, saúde como mercadoria, relação assimétrica no vínculo médico-paciente, participação subordinada e passiva de seus “consumidores” nas ações de saúde, produção de ações que tendem a excluir o consumidor do saber médico, legitimação jurídica e acadêmica e de outras práticas “curadoras”, profissionalização formalizada, identificação ideológica com a racionalidade científica como critério de manifestação da exclusão de outros modelos, tendência à expansão sobre outras áreas problemáticas a qual as “medicaliza”, normatização da saúde/doença no sentido medicalizador, tendência ao controle social e ideológico, tendência indutora ao consumismo médico, tendência ao domínio da quantificação sobre a qualidade, tendência a divisão da teoria e prática, correlativa a tendência de divisão da prática da pesquisa.

Assim, o modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, com o uso intensivo da tecnologia, hospitalocêntrico e especializado é chamado de biomedicina

ou também modelo biomédico flexneriano, fazendo referência a Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano que fez parte da criação de um documento mais conhecido como relatório Flexner, introduzindo critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde, principalmente no ensino médico nos Estados Unidos. (ALMEIDA FILHO, 2010).

O teórico Naomar de Almeida Filho (2010, p. 2235) em seu estudo sobre a obra de Abraham Flexner faz uma ressalva. Ele afirma que o modelo importado para o ensino médico brasileiro, e alguns elementos trazidos do relatório Flexner e de outras obras de Abraham, teriam sido distorcidos, entendendo que se forjou uma imagem de Flexner e de suas ideias - principalmente no campo da educação em saúde - “como um intelectual conservador e oportunista, representante da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista”, ao contrário do reconhecimento de um intelectual responsável por avanços na medicina contemporânea.

O autor contrapõe-se, portanto ao estigma de se tratar o modelo biomédico flexneriano pejorativamente, pois é preciso entender que o que foi traçado por Flexner foi um “modelo ideal” com características vanguardistas que propunha a união entre modelos de medicina que vinham sendo exercidos de forma separada na prática e no ensino médico brasileiro desde as primeiras décadas do século XX, unindo portanto, a clínica (advindo da escola francesa) e o laboratório (advindo da escola alemã).

Conceitualmente, identificam-se no modelo flexneriano elementos ou “defeitos” - nas palavras do próprio autor Almeida Filho (2010, p. 2235) – como: a “perspectiva exclusivamente biologicista de doença, negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no ciclo básico; formação clínica em hospitais; [...] abordagem reducionista do conhecimento”. No ensino pedagógico o modelo é “massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde”. Em suas práticas de saúde o modelo estimula uma “educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais”. E hoje em relação ao sistema organizacional dos serviços de saúde tem sido associado à uma crise nos recursos humanos o que “produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo

assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país”.

Admite-se que esta forma de ensino da medicina no Brasil vem sendo reproduzida a partir da Reforma Universitária em 1968, proposta pelo regime militar, e que esse modelo de ensino mostra-se “incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde.” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2235).

Outro teórico, Eduardo Menéndez (1984, p. 98, tradução nossa), que estudou na antropologia médica os modelos de atenção faz uma crítica em oposição à perspectiva biomédica, sustenta em seus estudos que:

O processo capitalista produz o surgimento de vários modelos de atenção médica [...] em que o modelo médico hegemônico tenta a exclusão ideológica e jurídica dos outros modelos alternativos no qual na prática social se resolve pela apropriação e transformação dos mesmos, que cada vez em maior medida constituem derivados conflitantes e/ou complementares do modelo médico hegemônico. [...] a organização social, ideológica e política econômica que opera tende a produzir mais do que a exclusão dos sistemas alternativos, a apropriação e transformação dos mesmos a partir da subordinação ideológica ao modelo médico hegemônico.

Outro modelo reconhecido como predominante no Brasil é o sanitarista, que se refere às formas de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde adotadas pela saúde pública convencional, mas ainda se apresenta como subalterno em relação ao modelo médico hegemônico. Apresenta em sua base as campanhas (vacinação, controle de epidemias), programas especiais em áreas prioritárias, vigilância sanitária e epidemiológica. (PAIM, 2012).

Paim (2012) afirma que ambos os modelos hegemônicos (biomédico e sanitarista) não contemplam o princípio da integralidade, sendo que o primeiro está voltado para a demanda espontânea e o segundo busca atender necessidades, o que frente a estas limitações podem revelar problemas como desigualdade no acesso aos serviços,

inadequação às reais necessidades, qualidade insatisfatória e falta de integralidade nas ações.

Menéndez (1984, p. 102) destaca em seus estudos outros modelos de atenção que são subordinados ao modelo médico hegemônico. Dentre eles estão os modelos de “autoatenção” e o “modelo médico alternativo subordinado”.

O modelo de atenção baseado na autoatenção é o que estrutura a Atenção Primária a Saúde (APS). Possui funções não somente curativas, mas também de atuação no nível sociocultural e econômico, ao reconhecer nos grupos de indivíduos e famílias os aspectos que facilitam/dificultam o acesso aos serviços. Esta autoatenção supõe ações conscientes de não fazer nada, a cuidados como prevenção de enfermidades, usos de recursos ambientais e corporais, recomendações dietéticas, de higiene pessoal e coletiva, de organização social, estratégias científicas e não científicas de práticas de cura e cuidados, até o encaminhamento para as equipes que atuam em outros graus de complexidade. Almeja-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos de acordo com as necessidades de saúde da população, por se tratar da porta de entrada preferencial do sistema de saúde. (MENÉNDEZ, 1984; OLIVEIRA, PEREIRA, 2013; LANGDON, 2014).

Menéndez (1984) retrata que o modelo de autoatenção funcionará secundariamente em termos técnicos e profissionais, no que tange a necessidade do modelo médico impor sua hegemonia, ser referência científica e ideológica e legítima das ações contra a enfermidade.

Importante frisar que o conceito de “autoatenção” de Menéndez (1984) reconhece as pessoas como agentes da coletividade, autônomas frente aos recursos terapêuticos acessíveis, e identifica a família como o núcleo que articula os diferentes modelos de atenção ou cuidados em saúde, ao contrário do que Langdon (2014) difere do conceito de “autocuidado” da biomedicina, fazendo relação a incorporação dos valores e instruções que a biomedicina dissemina.

O modelo de APS foi utilizado como uma forma de organização dos sistemas de saúde a partir do Relatório Dawson em 1920, fazendo contraposição ao modelo biomédico flexneriano e colocando a necessidade de se preocupar com os elevados custos e a crescente complexidade da atenção médica. (LAVRAS, 2011).

No Brasil, no processo de implantação do SUS, foi adotada na APS uma estratégia para a mudança do modelo hegemônico, o Programa Saúde da Família (PSF). O programa era vinculado ao modelo sanitário, que se propunha a superar a tradição medicalizante e a falta

de integralidade no sistema, sobrepondo-se por uma nova concepção de promoção à saúde, promovendo a organização das atividades em território definido. Atualmente é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) por não se tratar apenas de um programa, mas de uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção primária no Brasil. (PAIM, 2012).

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) fazem uma crítica à introdução deste novo modelo na época, com a falta de uma reorganização da formação do ensino da saúde para o tal, que pudesse sustentar esta reforma cultural, o que na verdade deveria ser constituído por abordagens mais ampliadas de atenção a saúde da população. Reforça-se que hoje a ESF tem sido adotada por muitos municípios brasileiros como uma estratégia de reformulação do modelo assistencial da APS e do sistema municipal de saúde, mas ainda se constitui como um programa vertical onde existe a dependência de forças favoráveis à mudança para sua efetiva implantação em todo território nacional. (OLIVEIRA, GONÇALVES, PIRES, 2011; PAIM, 2012).

E por fim o último modelo abordado nesta seção, o “modelo médico alternativo subordinado” que integra práticas reconhecidas geralmente como “tradicionalistas”, com graus distintos de complexidade e organização, como a medicina ayurvédica, a acupuntura e a fitoterapia chinesa. (MENÉNDEZ, 1984, p. 102).

Esther Jean Langdon (2014) uma teórica americana reconhecida por estudar a antropologia da saúde e os paradigmas encontrados nos sistemas de saúde, principalmente na medicina indígena, traz uma crítica à biomedicina que corrobora com os conceitos de Eduardo Menéndez (1984, 2003) e May Lis Follér (2004), no sentido de que apesar deste modelo agregar os conceitos de intermedialidade (o ponto onde os saberes da biomedicina interagem com outros saberes não médicos na prática e teoria) e autoatenção (tomada de decisão das pessoas em relação ao processo de saúde e doença com escolha do melhor caminho para a cura), e estes estarem em constante expansão, a biomedicina não supõe outras formas de conhecimento.

Válido neste momento trazer a visão de um estudo de Vieira, Oliveira e Neves (2013) que utiliza como exemplo a medicina indígena, que é uma medicina tradicional com abordagem holística, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades. Esta pesquisa buscou identificar as práticas de autoatenção nos índios *Truká* e a relação dessa população com a biomedicina. Como resultados trouxe que o processo de cura é polissêmico e composto por algumas práticas como posse do território e rituais, dentre outras e também fazem a

utilização concomitante de medicamentos alopáticos neste processo chamado de intermedicalidade. A crítica levantada é que existe uma dificuldade de integração entre as intervenções na área de saúde e os aspectos socioculturais do grupo indígena, dificultando o vínculo entre os profissionais e a população, o que compromete também a eficácia das ações e serviços de saúde, que requerem nestes casos uma prestação de assistência diferenciada.

Nessa perspectiva Langdon (2014) descreve que através das trocas de conhecimento e das diversas práticas e concepções dos indivíduos e coletividades a respeito de saúde/doença, um processo contínuo de construção e emergência de hibridações e novos modelos de atenção é criado.

Diante do exposto, diversas alternativas têm sido empregadas no intuito de construir modelos de atenção à saúde que superem as limitações dos modelos hegemônicos tão divergentes do conceito de integralidade. Menéndez (1984, p. 107) afirma que

É preciso reconhecer que a expansão e permanência de outros modelos não hegemônicos não é produto, salvo em alguns casos, de resistências contra culturais, sendo que os mesmos se mantêm pela sua relativa eficácia, pelo seu reconhecimento social e por ser frequentemente os únicos com que contam uma parte da população.

Fleury e Ouverney (2012, p.49) apontam para uma importante reflexão sobre o consenso em relação às escolhas dentro do sistema de atenção à saúde

[...] devemos dar prioridade à prevenção e promoção da saúde ou às práticas curativas? O sistema de saúde deve ser público, privado ou um misto de organizações públicas e privadas? Qual seria o papel do Estado e qual o papel das instituições privadas lucrativas? Ou se for um sistema público, ele deve ser centralizado ou misto?

Os mesmos teóricos na tentativa de respondê-las concluem que a opção por uma modalidade ou outra não é uma questão de simples escolha, pois projetos distintos de política de saúde que expressam interesses políticos econômicos de vários grupos sociais representam

diferentes formas de concepções do direito à saúde, e conseqüentemente preconizam diferentes formas de acesso e utilização de serviços de saúde. (FLEURY, OUVÉRY, 2012).

É preciso reconhecer a existência de uma multiplicidade de sistemas terapêuticos no atual sistema de saúde e que a população costuma utilizar diversas práticas terapêuticas simultaneamente. Necessário também ter a compreensão que é a partir dos sujeitos e grupos sociais e de suas relações que emergem diferentes conceitos e práticas relacionadas ao processo saúde/doença e diferentes paradigmas em saúde, “trazendo para o campo da saúde coletiva a construção e execução de políticas públicas que reconheçam estes saberes plurais, a autonomia dos atores e os fatores globais que estão presentes nas situações locais”. (LANGDON, 2014, p. 1027).

2.2 MEDICINA TRADICIONAL/COMPLEMENTAR/INTEGRATIVA NO OCIDENTE

Muitos países do mundo estão passando por um processo de expansão na regulação das medicinas tradicionais, complementares e alternativas, caracterizando-as com diversos nomes e conceitos.

Devido às várias nomenclaturas adotadas ao longo do tempo, a última definição realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentada no relatório “*A estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*”, definiu os termos Medicina Tradicional (MT), Medicina Complementar/Alternativa (MCA) e uma integração destes dois termos, a Medicina Tradicional e Complementar (MT&MCA) (WHO, 2013, p. 15).

Segundo a OMS (WHO, 2013, p. 15) a medicina tradicional (MT) é

a soma total do conhecimento, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências próprias em diferentes culturas, sendo explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como para a prevenção, o diagnóstico, a melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais.

Os termos “Medicina Complementar” ou “Medicina Alternativa” (MCA) refere-se à

um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não são parte desse país ou de sua própria tradição ou de sua medicina convencional, e não são totalmente integrados no sistema de saúde dominante. Eles são utilizados de forma intercambiável com a medicina tradicional em alguns países.

E a integração destas duas definições mesclando os termos, refere-se aos países que incorporam as duas possibilidades de medicinas, abrangendo as práticas de saúde, profissionais e seus produtos, como sendo Medicina Tradicional e Complementar (MT&MC).

Outro conceito mais recente que tem sido utilizado é a chamada Medicina Integrativa (MI), uma tentativa de integrar as práticas convencionais e não convencionais, se propondo como um novo modelo de saúde que retrate a integração de diversos modelos terapêuticos, não simplesmente com atuação complementar ao atual modelo, mas de forma a realmente oferecer um cuidado integral à saúde (OTANI, BARROS, 2011).

Entretanto Ernst (2002) relata que a MI não é nova, pois é idêntica à antiga medicina holística, presente em toda a história da medicina. Bell *et al.* (2012) fazem uma ressalva que, no entanto, a combinação da biomedicina convencional com a MCA não é integrativa, pois a MI representa um sistema complexo de cuidados tanto convencionais como das MCA, reconhecendo a saúde da pessoa como um sistema vivo complexo, que enfatiza o bem estar e sua cura nas dimensões bio-psico-sócio-espiritual, se baseando em uma relação eficaz de apoio e integração profissional-paciente, sendo seus resultados medidos sistemicamente nas mudanças simultâneas e interativas dentro de toda a pessoa, não somente na cura de suas partes como ocorre com a biomedicina.

Portanto, este modelo de medicina remonta aspectos históricos de alguns sistemas desenvolvidos que serão brevemente documentados a seguir, não com a intenção de trazer aqui uma retrospectiva histórica da Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa, até porque muitos dos sistemas originalmente surgiram no oriente, mas com o intuito de trazer diferentes exemplos de racionalidades em saúde no ocidente que contribuíram para a modernização das mesmas.

O primeiro sistema desenvolvido na América foi o thomsonianismo por Samuel Thomson, por volta de 1790. Este consistia

em um programa de cura botânica, que utilizava as plantas medicinais para tratamento do corpo. (WHORTON, 2001).

No século seguinte, no ano 1830, foi incorporada a homeopatia, criada pelo médico alemão Samuel Hahnemann, cujo tratamento consistia na cura pelo semelhante, utilizando-se de drogas de princípios minerais ou vegetais conhecidas como produtoras daqueles mesmos sintomas em pessoas sadias. Segundo concepções próprias sobre a morfologia humana, dinâmica vital e doutrina médica, a homeopatia não deve ser reduzida a um recurso terapêutico, sendo, portanto um sistema médico complexo. (SALLES, SCHRAIBER, 2009).

Dez anos após, outro sistema popular foi inserido nos Estados Unidos, a hidropatia (atualmente denominada hidroterapia) que por meio da cura aquática pretendia tratar a doença através de diferentes banhos, suplementada por orientações de alimentação, exercícios, e rotinas saudáveis indicadas.

Em 1870 outro sistema é trazido para o ocidente, o mesmerismo, tratamento pela chamada cura magnética. Outros sistemas médicos foram surgindo, como o bauncheidismo, cromothermalismo, fisiomedicalismo, não tão bem-sucedidos, mas que marcaram uma construção de novos sistemas médicos de tratamento.

A naturopatia teve seus primeiros registros entre 1885 e 1902. Seus responsáveis, os médicos naturopatas Dr. John Scheel e Dr. Benedict Lust, iniciaram suas pesquisas com diversos métodos, objetivando criar um novo sistema de tratamento em saúde, apresentando o princípio centralizador de aumentar a força vital dos indivíduos e utilização de diversos recursos naturais.

Na metade do século XX, especialmente nos anos 60 e estendendo-se aos anos 70, a partir dos movimentos sociais urbanos conhecidos como contracultura, que questionavam valores vigentes da cultura ocidental e europeia, buscava-se novas formas de construção da sociedade. Tal contracultura foi motivada por vários fatores como: contestação social ao processo institucional de medicalização da vida e perigo dos efeitos colaterais; a falta da autonomia do paciente e o fornecimento insuficiente de informações sobre o tratamento; a relação vertical e assimétrica entre médicos e pacientes como forma de demonstração da superioridade das classes, o reconhecimento de que a medicina convencional é deficiente para solucionar determinadas doenças, principalmente as crônicas; a insatisfação com o funcionamento do sistema de saúde moderno, com grandes listas de espera e os altos custos. (LUZ, 2005a; OTANI, BARROS, 2011; NASCIMENTO, NOGUEIRA, LUZ, 2012).

Isto incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos de outros países, diferentes da racionalidade médica atual, como forma de rejeição ao modelo instituído. Neste contexto, como parte da recusa deste modelo de produção, é que surgem então as chamadas “medicinas alternativas”. (LUZ, 2005a; NASCIMENTO *et al.*, 2013).

A contracultura antimaterialista *hippie* desencadeou o interesse em relação às tradições religiosas místicas e filosóficas de outras culturas, o oriente o ocidente passam a ser unidos pela filosofia da Nova Era, com o objetivo de reconciliar o saber científico e espiritual. Característica facilitou a importação de sistemas de antigas tradições do oriente como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Ayurveda entre outros. (WHORTON, 2001).

As experiências em acupuntura no ocidente remontam a 1970, quando pesquisadores que visitaram a China trouxeram o conhecimento da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) para seus países no ocidente, processo que desencadeou uma aceleração no interesse pela difusão deste conhecimento, associada pela identificação da eficácia de tratamento.

A medicina Ayurvédica, outro antigo sistema médico complexo proveniente da Índia, no extremo oriente, que focalizava o funcional ao invés do desequilíbrio orgânico, influenciava na forma de compreender os componentes da saúde de forma diferenciada (WHORTON, 2001).

Madel Luz (2005b, grifo do autor, p. 153-154) discute sobre o surgimento de novos modelos de cura na segunda metade do século XX, sobretudo após o movimento da contracultura, com a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos da nossa racionalidade médica, como uma forma de rejeição cultural ao modelo vigente.

Além da importação de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares ou *folk* do país (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas) foi um evento histórico que atingiu não apenas o Brasil, mas o conjunto dos países latino-americanos, principalmente durante a década de 80, basicamente nos grandes centros urbanos. Esse evento assinala também o *boom* das medicinas tradicionais complexas na sociedade ocidental, que passaram a ser denominadas de terapias, ou medicinas “alternativas”, e começaram a disputar espaços não apenas junto à

clientela liberal ou privada, mas também nos serviços de saúde, demandando uma legitimação institucional até então não reconhecida ou concebida, e obtendo paulatinamente espaços de inserção na rede pública. É necessário, entretanto, que se olhe agora um pouco mais de perto essas “medicinas alternativas”, dada sua grande diversidade interna, bem como sua forma diferenciada de inserção e enraizamento na cultura dos países latino-americanos.

O movimento de contracultura deu espaço para aspectos promocionistas da saúde, onde o paradigma vitalista passa a ser construído associando a “saúde com a harmonia da pessoa com seu meio ambiente natural e social” e “valoriza a subjetividade, a prevenção e promoção da saúde e a integralidade do cuidado”. (NASCIMENTO, NOGUEIRA, LUZ, 2012, p. 13, NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Antes da década de 90, as terapias não convencionais eram tratadas como opostas e incompatíveis com a prática médica científica desenvolvida pelos profissionais de medicina. A discussão do termo “alternativa” que era utilizado por volta de 1970 não era aceita pelos alopatas nesta época, o que comprometia a respeitabilidade dos medicamentos naturais ou não alopáticos. Outros termos pejorativos eram utilizados para denominá-la como “medicina irregular, medicina marginal, medicina sectária, ritos médicos, e charlatanismo”. Isto configurava um ceticismo acerca da mesma e a negação de seus benefícios. (WHORTON, 2001, p. 16).

Em 1992 foi estabelecido nos Estados Unidos o *National Institute of Health's Office of Alternative Medicine*, com o propósito de esclarecer possíveis dúvidas sobre a eficácia das terapias complementares, e amparar os profissionais interessados em realizar pesquisas nesta área. (WHORTON, 2001, p. 25).

Em 1995, quando o jornal *Alternative Therapies in Health and Medicine* iniciou suas publicações sobre o tema, elencou 39 categorias distintas de práticas alternativas. Esta época foi chamada de “renascimento da medicina alternativa”, pois, devido ao descontentamento público em relação à medicina convencional, aumentava-se a procura e o interesse pelo tema, tanto pelas pessoas para se tratarem, quanto por profissionais que desejavam se especializar. (WHORTON, 2001, p. 26).

Apesar da MT/MCA ser identificada como um sistema que aborda a cura pelo natural, ou sem medicamentos alopáticos, tem-se

reconhecido que o tratamento ultrapassa esta forma de atuação, e se diferencia na forma de abordagem, que é distinta na terapia e na interação profissional-paciente, diferenciando-se da abordagem do modelo biomédico. (WHORTON, 2001, p. 16).

Para Madel Luz (2005b, grifo do autor, p. 154) na América Latina, podem-se distinguir três grupos de medicinas alternativas

A medicina tradicional indígena, que com mais precisão se deveria escrever no plural, devido à sua variedade, embora tenha um mesmo paradigma básico; a medicina de origem afro-americana, também plural, embora mais homogênea que a primeira; e as medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos altamente complexos, recentemente introduzidas na cultura urbana dos países ocidentais.

A história da MT/MCA tem agregado uma polissemia de significados e abordagens e inevitavelmente vem sendo comparada com a medicina convencional (biomédica), o que deveria ser uma possibilidade de combinar tratamentos, equilibrando e complementando-a. Neste sentido Whorton (2001) ainda destaca que o surgimento de novos sistemas terapêuticos demandam um processo de legitimidade que é enfatizada no campo político, econômico e regulador. Portanto, o ocidente se encontra em um processo de incorporação desta medicina nos seus sistemas vigentes, diferentemente de países os quais já as tem inseridas na sua medicina tradicional, como exemplo a China e a Índia.

Outra importante questão a se pensar é que enquanto o paradigma da doença estiver superior ao da saúde, as práticas irão se organizar em torno do tratamento das mesmas. Para isso, esta forma de medicina complementar/alternativa/integrativa pode auxiliar na reconstrução conceitual em uma medicina baseada em um paradigma vitalista, com ênfase na expansão da vitalidade, do equilíbrio, e da harmonia das dimensões da vida, efetivando práticas concretas que se apresentam como capazes de responder à totalidade dos indivíduos. (LUZ, 2005b, NASCIMENTO *et al.*, 2013).

2.3 RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Os estudos sobre as Racionalidades Médicas (RM) iniciam-se na década de 1990, utilizando o termo no plural para fazer referência à existência de uma pluralidade de paradigmas e terapêuticas em saúde presentes na sociedade contemporânea e nos serviços de saúde.

Em 1994 cria-se um grupo de pesquisa intitulado “Racionalidades Médicas” membro do diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) inicialmente vinculado ao Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), com a posterior incorporação de outros pesquisadores, docentes e alunos de programas de pós graduações na área de Saúde pública e Saúde coletiva. O grupo inicia seus estudos com a hipótese de que existe mais de uma racionalidade médica atuante na cultura atual, portanto trazendo como objetivo o estudo dos sistemas médicos complexos do qual criou linhas de pesquisa específicas. (LUZ, 2005a, NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Posteriormente foi adicionado ao grupo do CNPq, o estudo das práticas integrativas e complementares e então a temática abrangeu terapêuticas tradicionais e complementares. Hoje o grupo apresenta sede no Instituto da Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, mas com a abrangência de diversas unidades acadêmicas pelo Brasil denominado “Grupo de pesquisa Racionalidades em saúde: Sistemas médicos complexos e Práticas Integrativas e Complementares”. (NASCIMENTO *et al.*, 2013, p. 15).

No Brasil, o Ministério da Saúde optou pela terminologia PIC (Práticas Integrativas e Complementares), que engloba tanto as racionalidades médicas vitalistas quanto as práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde. (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Como produto destes grupos, foi realizado um estudo comparativo da categoria Racionalidade Médica apresentado no Quadro 1, construído com base no tipo ideal do sociólogo Max Weber, considerando a comparação das medicinas Homeopática, Tradicional Chinesa, Ayurvédica e Ocidental Contemporânea (Biomedicina). Buscou-se demonstrar que distintas racionalidades médicas coexistiam na cultura atual, contrariamente ao senso comum que denominava somente a biomedicina como portadora de racionalidade do saber científico. (NASCIMENTO *et al.*, 2013, LUZ, 2005a).

É importante destacar que segundo Luz (2012) não se pretendeu comparar sistemas culturais diferentes, mas distintos sistemas médicos presentes em uma mesma cultura atual, definida como pós-moderna.

Quadro 1. Comparação das racionalidades médicas. (Continua)

Racionalidades Médicas	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Dinâmica vital	Sistema diagnóstico	Sistema terapêutico
<i>Medicina Ocidental Contemporânea</i>	Física Newtoniana (clássica) implícita	Teoria da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia; anamnese; exames complementares	Medicamentos, cirurgia, higiene
<i>Medicina Homeopática</i>	Cosmologia Ocidental Tradicional (alquímica) e clássica (Newtoniana) implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiopatologia do medicamento e adoecimento	Semiologia, anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual	Medicamentos, higiene
<i>Medicina Tradicional Chinesa</i>	Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria do “Yin-Yang” e dos cinco elementos e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais	Teoria dos “canais”, meridianos e dos pontos de acupuntura (corpo sutil); Teoria dos órgãos e das vísceras (corpo orgânico)	Fisiologia dos “sopros vitais” (Qi); Fisiologia dos órgãos; Dinâmica yin-yang no organismo e com o meio ambiente	Semiologia; anamnese do desequilíbrio yin-yang; Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Higiene; Exercícios (artes marciais, meditação, etc); Dietética, fitoterapia chinesa, massagens, acupuntura e moxabustão

Quadro 1. Continuação

Racionalidades Médicas	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Dinâmica vital	Sistema diagnóstico	Sistema terapêutico
<i>Medicina Ayurvédica</i>	Cosmologia indiana (geração do microorganismo a partir do macroorganismo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (<i>tridosha</i>) nos sujeitos individuais	Teoria dos vários corpos (denso e sutil); Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos	Fisiologia “energética” (circulação do <i>prana</i> e das demais energias nos “corpos”); Equilíbrio “ <i>Tridosha</i> ”	Semiologia; Anamnese do desequilíbrio <i>Tridosha</i> , sistema de observação dos oito pontos; Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Dialética; Técnicas de eliminação e purificação; Exercícios (Yoga, meditação, etc); Massagens, fitoterapia, medicamentos (vegetais, minerais e animais)
<i>Medicina Antroposófica</i>	Holismo; vitalismo; espiritualismo; setênios; sete astros	Teoria do equilíbrio da vitalidade, sendo resultante do funcionamento integrado das dimensões que compõe a pessoa	Complexidade em níveis de organização dos sistemas e dimensões (trimembração – plano corporal, anímico e espiritual), com complexas funções indissociáveis da dinâmica vital	Lei da polaridade; sete processos da dinâmica vital (respiração, aquecimento, alimentação, segregação, manutenção, crescimento e reprodução); movimento oscilatório; 12 sentidos	Exames físicos e laboratoriais, anamnese, traçar processos de desarmonia, análise dos setênios e do fluxo dos 4 elementos	Intervenção: medicamentos, fitoterapia, massagem rítmica, terapias artísticas e pedagógicas, nutrição, exercícios e meditação, aconselhamento biográfico

Fonte: Adaptado de Luz (2000) e Luz e Barros, (2012).

De acordo com o estudo, pode ser denominada racionalidade médica apenas um sistema médico complexo estruturado segundo estas seis dimensões, sistematizadas em maior ou menor grau: 1) *Morfologia humana* (na biomedicina, anatomia), que define a estrutura e organização do corpo; 2) *Dinâmica vital humana* (na biomedicina, fisiologia), que define o movimento da vitalidade, seu fator de equilíbrio no corpo, suas origens ou causas; 3) *Doutrina médica* que define o que é a doença, o adoecer, o processo saúde-doença, em suas origens ou causas, o que é passível de tratar ou curar; 4) *Sistema de diagnose*, com anamnese/exames característicos de cada sistema, determinando os desequilíbrios, ou fases e evolução destas doenças/desequilíbrios; 5) *Sistema terapêutico*, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada doença/desequilíbrio identificado pela diagnose; 6) *Cosmologia*, que é própria de cada cultura, é o embasamento teórico e simbólico que qualifica cada racionalidade. (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Também considera que os diversos grupos e indivíduos da sociedade civil fazem o uso destas distintas racionalidades terapêuticas de acordo com o sentido e significado particular coerente a uma situação de saúde/doença, os quais não obedecem necessariamente à linha das racionalidades médicas e não estão vinculados a um paradigma específico. (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

O conceito de paradigma na visão contemporânea de Kuhn (2004) é considerado cientificamente como uma teoria ou sistema predominante em que se propõem modelos de problemas e soluções, e o conhecimento que o embasa está ligado às representações das comunidades, não sendo uma fiel representação da natureza ou realidade.

Portanto, a primeira fase do estudo destacou a presença de dois paradigmas em saúde: o biomédico que enfatiza a normalidade/patologia e o vitalista que preza os conceitos de vitalidade/energia. (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

O estudo também reconheceu em cada racionalidade duas formas predominantes de interpretação, a razão de natureza prática com ênfase na eficácia, e a percepção relacionada à experiência singular e intuição do profissional. (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Concluindo, Luz (2005a) retrata que as medicinas tradicionais inovam em termos de paradigma, quanto aos seguintes aspectos: visão da singularidade do paciente tornando-o elemento central da terapêutica; o uso de meios terapêuticos simples, menos caros e com eficácia em termos curativos; a posição central do paradigma da saúde e não do

paradigma da doença, tornando os indivíduos autônomos no seu processo, deixando a dependência em termos da relação de saúde e enfermidade; a legitimação desta medicina através do intercâmbio cultural trazido por elas, permitindo novas representações e concepções de saúde, do processo de adoecimento, da relação do homem com a natureza e o meio ambiente, superando a dicotomia corpo e mente.

2.4 INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PIC NO SUS

Um novo campo de práticas de cuidado à saúde vem sendo discutido no Brasil desde 1986, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e conferências de saúde pela incorporação das Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas aos sistemas nacionais de saúde. As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) vêm sendo institucionalizadas no SUS há pelo menos 11 anos. (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

A partir de associações representativas da área, e o conhecimento da existência de algumas experiências singulares de práticas pelo país, em 2003 foi instituído um grupo de trabalho, composto por diversas áreas do Ministério da Saúde que impulsionou a elaboração de uma proposta de política nacional, e de fortalecimento destas experiências que já vinham sendo realizadas por alguns profissionais no SUS, sem efetiva regulamentação.

A seguir, é apresentado no quadro 2 um levantamento de informações que são consideradas um marco legal, que descreve normas e convênios entre órgãos que foram sendo estabelecidos com o intuito de institucionalizar estas práticas no SUS. (BRASIL, 2006a).

Quadro 2. Marco histórico da institucionalização das PIC no SUS.

Ano	Acontecimento
1985	Convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o objetivo de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.
1986	A 8ª Conferência Nacional de Saúde é considerada um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que resultou em seu relatório final na recomendação da "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida".
1988	As resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.
1995	Criação do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretária Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares.
1999	O Ministério da Saúde inclui as consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do (SIA) do SUS através da Portaria GM nº 1230/99.
2000	11ª Conferência Nacional de Saúde que recomendou a “incorporar na atenção básica na Rede do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”.
2002	OMS lança o documento “ <i>Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional / 2002-2005</i> ” (OMS, 2002) e 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária contendo informações e recomendações sobre o tema.
2003	Instituição do Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).
2003	Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatizou o acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.

Quadro 2. Continuação

2003	Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde que delibera pela efetiva inclusão da PMNPC no SUS (atual PNPIC).
2004	2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde a PMNPC foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.
2005	Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (BRASIL, 2006b).
2005	Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indicou a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.
2006	Publicação das portarias 971, 1600 e 853, instituindo respectivamente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a criação do Observatório de Práticas em Medicina Antroposófica e a inclusão na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, através do código 068 – o serviço de Práticas Integrativas e Complementares.

Fonte: Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006.

É possível compreender a partir desta série histórica, que o processo de regulamentação e implantação das PIC no SUS envolveu grupos de trabalhos sensíveis à mobilização da efetiva incorporação das PIC no sistema, e que construções e reconstruções deste novo saber acabaram por resultar na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que inseriu de modo formal as PIC no sistema de saúde.

2.5 POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Como identificado no marco legal, a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) é resultante de diversos eventos, documentos, discussões, Conferências Nacionais de Saúde e esforços de vários órgãos de representação social e profissional. A sua criação seguiu as recomendações da OMS, que previa avanços neste campo no mundo inteiro.

A PNPIC é uma política pública que visa ampliar o atendimento à saúde da população utilizando a adoção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) aliadas à medicina ocidental. Esta política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para a

implantação em âmbito nacional de ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, além de instituir observatórios em saúde para o termalismo social/crenoterapia e para a medicina antroposófica no SUS. (BRASIL, 2006a).

Os objetivos expressos no documento contemplam: incorporar e implementar as PIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde; contribuir com o aumento da resolubilidade do sistema; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável das comunidades. (BRASIL, 2006a).

Ainda descreve em suas diretrizes ações de estruturação e fortalecimento das PIC reconhecendo: o caráter multiprofissional de atenção em PIC, abrangendo as categorias profissionais do SUS; a indicação de elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação desenvolvimento das PIC; a articulação com as demais políticas do ministério da saúde; a necessidade de qualificação dos profissionais em PIC em conformidade com os princípios da educação permanente; a divulgação do conhecimento de PIC para gestores, profissionais e usuários do SUS, com apoio de experiências de educação popular; a garantia do acesso aos medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e insumos estratégicos para PIC demais insumos estratégicos das com qualidade e segurança das ações; incentivo a pesquisas e desenvolvimento de ações de avaliação com as PIC. (BRASIL, 2006a).

Com a aprovação desta política ocorre um processo de desenvolvimento de outras políticas, programas e projetos em todas as instâncias governamentais, com vistas à implantação dessas práticas no SUS (BRASIL, 2012b).

Atualmente existem instâncias ligadas ao MS que representam a área das PIC, citando a área técnica de Práticas Integrativas e Complementares que faz parte da Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT/DAB) do Departamento de Atenção Básica, e no Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares (CIPIC/CNS). (BRASIL, 2008b).

No corpo do texto, a definição do campo das PIC abrange Sistemas Médicos Complexos (sistemas com uma abordagem que possui teoria própria sobre o processo saúde/doença, formas de diagnóstico e tipos de terapêutica específica) e recursos terapêuticos (instrumentos utilizados nos diferentes Sistemas Médicos Complexos). (BRASIL, 2006a).

As práticas descritas na política são representadas por três sistemas médicos complexos ou racionalidades médicas vitalistas como a medicina tradicional chinesa, a medicina homeopática e a medicina antroposófica, e ainda práticas terapêuticas ditas complementares e integrativas em saúde, como a fitoterapia e plantas medicinais, e o termalismo social/crenoterapia.

- **Medicina tradicional chinesa (MTC):** Sistema médico integral originado há milhares de anos na China que se fundamenta nas teorias do yin-yang e dos cinco movimentos. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua e possui como abordagens terapêuticas plantas medicinais e fitoterápicos, dietoterapia, práticas corporais e mentais, ventosa, moxa e acupuntura. (BRASIL, 2013b).

- **Homeopatia:** Sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates, no século IV a.C. A homeopatia desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século XVIII, utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e, como recurso terapêutico, o medicamento homeopático. (BRASIL, 2013b).

- **Fitoterapia:** Terapia que utiliza as plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A prática da fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Os serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado. (BRASIL, 2013b).

- **Termalismo Social/Crenoterapia:** O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. (BRASIL, 2013b).

- **Medicina antroposófica:** Apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrada ao trabalho médico, está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria. (BRASIL, 2013b).

• **Outras PIC:** A PNPIC abre a possibilidade de outras práticas, mas não as descreve. Podemos citar algumas que são descritas em pesquisas do ministério da saúde, como o Reiki, a Yoga, os Sistemas florais, Do in/ Shiatsu, Massoterapia, Reflexologia, Shantala, Talassoterapia, Biodança, Musicoterapia, Dança circular, Naturologia, Terapia comunitária, Geoterapia, Arteterapia, entre outras. (BRASIL, 2013c).

Alguns avanços a partir da PNPIC permitiram a regulamentação de algumas ações em práticas, a partir da criação de formas de registro dos profissionais, serviços e da produção em torno das práticas integrativas e complementares nos sistemas de informação do SUS.

A Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006 incluiu na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares – compondo-o com as seguintes classificações: 001 – Acupuntura; 002 – Fitoterapia; 003 – Outras Técnicas em Medicina Tradicional Chinesa; 004 – Práticas Corporais/Atividade Física; 005 – Homeopatia; 006 – Termalismo/Crenoterapia; 007 – Medicina Antroposófica. (BRASIL, 2006b). Posteriormente com a atualização da tabela de serviços/classificações do SCNES, o código do Serviço de Práticas Integrativas foi alterado de 068 para 134, sendo mantidas as sete classificações. (BRASIL, 2008c).

Entre os avanços importantes desse período estão a inclusão das PIC nas diversas estratégias de ampliação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Um bom exemplo é a inserção de profissionais com especialização em homeopatia e acupuntura nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (BRASIL, 2008c).

Em 2009, a Portaria nº 84, de 25 de março de 2009, adequou o serviço 134 – Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 (Acupuntura) e incluiu códigos da CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) de acupunturistas para médicos, psicólogos e fisioterapeutas. Desse modo, tornou-se possível o cruzamento de informações dos serviços com a produção registrada em outros sistemas de informação. Concomitantemente ao registro dos serviços e dos profissionais que trabalham com PIC, foram criados procedimentos específicos das PIC nos sistemas de informação, de forma a possibilitar o registro e o pagamento por produção. (BRASIL, 2009b). Hoje existem quatro procedimentos específicos das PIC: sessão de acupuntura com inserção de agulhas; sessão de eletroestimulação; sessão de acupuntura

com aplicação de ventosa/moxa; e sessão de práticas corporais em medicina tradicional chinesa. Além destes procedimentos, as consultas dos profissionais que têm CBO específicos de práticas integrativas são consideradas como produção em PIC.

Em 2012, foram inseridas ações das PIC na Relação Nacional de Ações e Serviços dos SUS (RENASES) e na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), possibilitando que os municípios brasileiros utilizem recursos do componente da Assistência Farmacêutica Básica para aquisição de 12 fitoterápicos, além de toda a farmacopeia homeopática brasileira.

Quanto aos incentivos financeiros, a PNPIC ainda não possui indução no financiamento, mas, no entanto, tem seus procedimentos (Sessão de acupuntura com inserção de agulhas, Sessão de eletroestimulação e Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa) financiados segundo tabela unificada.

O financiamento das PIC está inserido na Média e Alta Complexidade (MAC), e pelas regras atuais, os municípios que não estavam habilitados na gestão plena do Sistema e que ainda não fizeram o pacto de gestão ou que na pactuação não tenham incluído serviços de média complexidade não poderão cadastrar/informar os serviços de média e alta complexidade. Nesse caso, a responsabilidade continua sendo de cada estado, inclusive de informar a produção e também proceder aos repasses. Se o serviço estiver numa unidade básica, ela deverá ser considerada como estabelecimento de dupla gestão, onde o município deverá informar os dados de produção e encaminhar ao estado referido, que processa toda a parte da média e alta complexidade e encaminha para a base de dados nacional.

Os dados relativos à produção em PIC, disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), apontam crescimento de mais de 300% entre 2008 e 2012. Contudo, como o pagamento de procedimentos é restrito à média e alta complexidade, o crescimento da produção não é acompanhado do crescimento dos recursos repassados fundo a fundo, já que 70% dos serviços que ofertam PICS estão vinculados à atenção básica. (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Atualmente vem sendo desenvolvidos na Atenção Básica documentos, orientações e cursos como os da plataforma criada “Comunidade de práticas”. Esta é uma forma de oferecer informações e subsídios aos gestores e autoridades públicas para que as PIC possam ser implantadas e consolidadas no SUS, e aos técnicos e profissionais de saúde a orientação sobre as características destas práticas, esclarecendo

sobre seus principais fundamentos a fim de aumentar o conhecimento e resultando numa adoção destas na rede pública de saúde.

2.6 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria nº 2488/11 considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Estabelece que a Atenção Básica deva ser orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, assim como toda política pública em saúde, com característica da descentralização e capilaridade, estando presente no local mais próximo da vida das pessoas, permitindo a acessibilidade, o vínculo da continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, entre outros. (BRASIL, 2012a).

A Atenção Básica se configura no sistema de saúde como o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários do SUS, atuando como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde deve estar operando em condições plenas e com eficácia em todos os locais. Se caracteriza comumente por uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde por um conjunto de ações individuais ou coletivas com atividades clínicas de baixa densidade tecnológica. Estas ações abrangem desde a promoção, manutenção e a proteção da saúde, assim como a prevenção de agravos, até o diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. A AB é desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe com responsabilidade sanitária direcionada às populações com territórios delimitados. (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2012a).

A PNAB tem como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF), seguindo as diretrizes da própria política e do SUS, configurando um processo progressivo de implantação e reorganização da atenção prestada. (BRASIL, 2006a, 2012a).

Os dados atuais do Departamento de Atenção Básica (DAB) (Novembro de 2015) apontam a existência de 5.487 municípios com Estratégia Saúde da Família, o que em percentual refere-se a 98,5% dos municípios no país e de proporção de cobertura populacional potencial estimada a 63,59%. (BRASIL, 2015).

A atenção básica é responsável pela ordenação das RAS, e coordenação do cuidado de seus usuários, independente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema. Desta forma é crescente a necessidade de investimento pelo Ministério da Saúde nestas

unidades de saúde, para dotá-las de infraestrutura necessária de forma a garantir este atendimento, sendo este um desafio que o Brasil enfrenta atualmente (BRASIL, 2009a).

2.7 IMPLANTAÇÃO DAS PIC NA ATENÇÃO BÁSICA

Com a publicação da PNPIC, o Departamento de Atenção Básica (DAB) foi eleito o órgão responsável pela gestão nacional das práticas integrativas e complementares, desempenhando o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação.

A PNPIC aponta diretrizes para o incentivo à implantação, mas não define em seu documento quais ações são necessárias para efetiva implantação das PIC no âmbito municipal, quais recursos precisam ser empregados, e também o que é necessário dispor numa Unidade Básica de Saúde para ofertar o serviço em tais práticas. Este fato dificulta a consolidação das mesmas na atenção básica, da mesma forma que não há regulação e nem avaliação deste processo de inclusão.

Para complementar e preencher as lacunas da PNPIC, o DAB produziu material informativo para ajudar os gestores interessados em implantar estas ações. Ele orienta que é preciso buscar uma implantação das PIC de forma progressiva, com apropriação democrática dos processos de gestão, que atenda às necessidades das regiões, de forma contínua e cíclica. Descreve ainda que estratégias pioneiras e já implantadas devem servir como exemplo para outros municípios. (BRASIL, 2014).

O material informativo do DAB (BRASIL, 2014) apresenta orientações descritas em etapas para serem seguidas pelos gestores interessados em iniciar um processo de implantação das PIC na AB, são elas:

- **Passo 1** - Definição do núcleo responsável pela implantação e sua solidificação, que constitui diferentes atores como profissionais das Secretarias Municipais de Saúde, especialistas, acadêmicos ou assessores externos.

- **Passo 2** - Análise situacional, com mapeamento de profissionais competentes já existentes, identificando-os na rede.

- **Passo 3** - Regulamentação, organização do acesso e legitimação, registrando os profissionais e procedimentos nos Sistemas de Informações, estabelecendo vínculo destes profissionais, pautando discussões sobre o tema de modo formal nos Conselhos Municipais de Saúde, entre outros.

• **Passo 4** – Ciclo de implantação: pactuação de planos locais, tutoria e atividades de educação permanente em saúde, estabelecendo então uma estratégia clara de implantação a partir destes componentes.

Alguns municípios e estados, de forma autônoma, criaram alguns documentos na forma de manuais para facilitar o processo de implantação nos municípios e desta forma orientar gestores e autoridades de saúde pública, fornecendo subsídios que facilitem o processo de implantação, consolidação e a posterior avaliação destas práticas.

Uma destas referências vem do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI, do Distrito Federal - DF (BRASIL, 2005), que criou um Manual apresentando informações sobre a organização da atenção em práticas integrativas e complementares desenvolvidas no SUS pelo Distrito Federal. Este manual contém conceitos, diretrizes, normas e requisitos técnicos e visa orientar profissionais e gestores das unidades públicas de saúde na estruturação e funcionamento de serviços em práticas integrativas e complementares com qualidade e segurança. Apresenta algumas informações importantes como a descrição do nível de atenção a ser atingido (atenção básica, secundária e terciária), rotina dos atendimentos, procedimentos, consultas, insumos, profissionais capacitados a exercer cada prática, entre outras atividades de educação permanente, promoção à saúde e pesquisa, sendo informações importantes que não estão descritas em outros documentos do Ministério da Saúde.

Considera-se um desafio aos gestores públicos em saúde realizar a implantação das PIC no SUS, visto que diretrizes gerais não regulamentam este processo e nem fornecem subsídios financeiros específicos para a área. Com a inexistência de financiamento para o serviço, ele deve estar inserido na Média e Alta Complexidade para receber o repasse na área, o que deixa de ocorrer nos municípios que não estão habilitados na gestão plena do sistema. A literatura ainda destaca a insuficiência de recursos humanos capacitados e pouco espaço institucional para o desenvolvimento destes novos serviços. (SOUSA, VIEIRA, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2008).

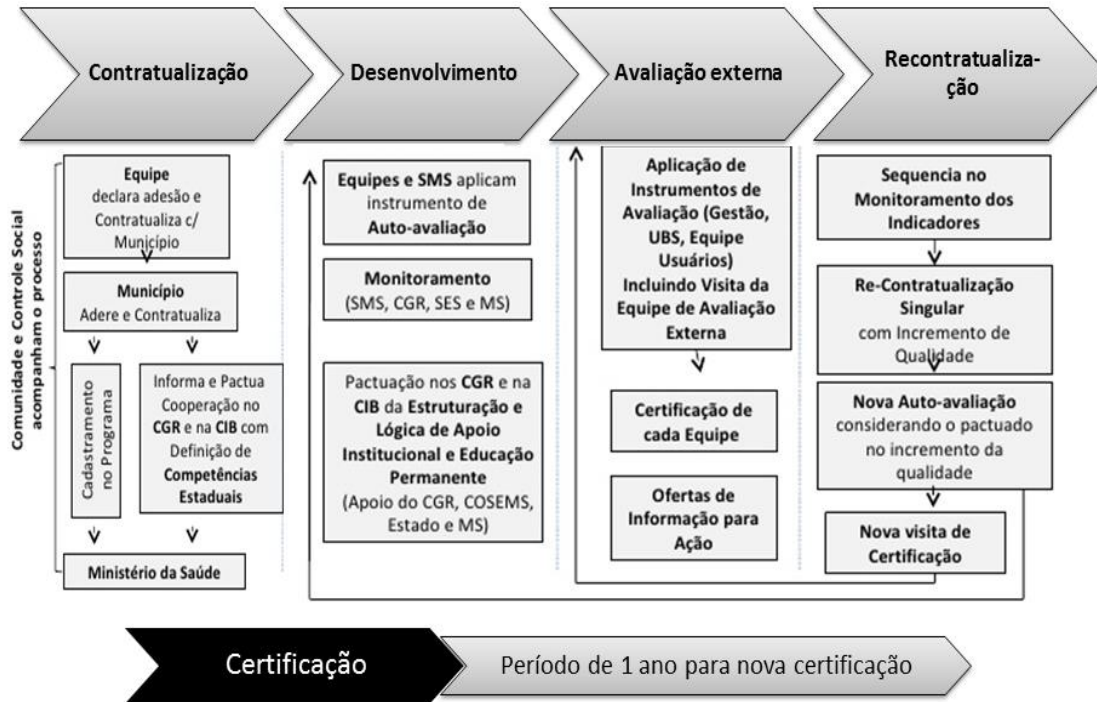
2.8 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Com o intuito de incentivar a melhoria dos serviços de atenção básica o Ministério da Saúde criou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela portaria nº 1.654 de 19 de Julho de 2011. Este programa faz parte de uma ampla estratégia do MS denominada “Saúde mais perto de você – acesso e qualidade”, e insere-se em um contexto de reforma da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como uma ação estruturante e contínua.

O PMAQ-AB fundamenta-se na proposta de avaliação e certificação de gestores e EAB, pretendendo elevar os recursos do incentivo federal para as equipes participantes que alcançarem os padrões de acesso e de qualidade estabelecidos pelo programa. Procura desta forma, induzir a ampliação da capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além de incentivar que as equipes ofertem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. (BRASIL, 2011a).

A adesão ao programa é voluntária e pressupõe um processo anterior de pactuação entre gestor e equipes, depois se segue a adesão formal. As EAB podem possuir o modelo da ESF, ou outras modalidades de acordo com as condições previstas parametrização no programa. Está organizado em quatro fases apresentadas na figura 1.

Figura 1. Fases do PMAQ-AB, 2011.



Fonte: Adaptado de Brasil (2011b).

Siglas: CGR - Colegiado de Gestão Regional; CIB - Comissão Intergestores Bipartite; SMS - Secretaria Municipal de Saúde; MS - Ministério da Saúde; COSEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; UBS - Unidade Básica de Saúde.

A primeira fase é composta pela adesão do município ao programa e contratualização de compromissos firmados entre as EAB, gestores municipais e Ministério da Saúde. A próxima fase é a de desenvolvimento das ações e visa a qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão, com ações como educação permanente, apoio institucional, monitoramento de indicadores e realização de processos de auto avaliação correspondendo a 10% da nota de certificação da equipe. A terceira fase composta pela avaliação externa busca verificar as condições de acesso e qualidade e identificar os esforços e resultados das EAB e dos gestores na qualificação da atenção básica. A última fase chamada de recontratualização, conduz as equipes a processos de repactuação entre as EAB e gestores com a adição de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando o avanço do programa. (BRASIL, 2011a)

A certificação das EAB é um processo tripartite que envolve o Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Finalizado o segundo ciclo do programa, o Departamento de Atenção Básica (DAB) divulgou em nota técnica a classificação de 30.523 equipes certificadas em todo o Brasil, sendo que 713 foram desclassificadas e outras 353 foram insatisfatórias no programa. (BRASIL, 2011a).

O instrumento de avaliação externa é composto por três módulos: Módulo I – Observação na unidade básica de saúde; Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade básica de saúde; e Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. E outros módulos para os que possuem Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Neste instrumento, desde o primeiro ciclo realizado em 2011, a temática das Práticas Integrativas e Complementares está inserida na dimensão de Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho, referente às áreas específicas, e na dimensão de Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS na verificação de materiais, insumos de PIC nas UBS.

Na pesquisa do PMAQ-AB 1º ciclo em 2011, das 17.098 equipes de saúde entrevistadas, 3.186 (18,6%) declararam oferecer alguma PIC a seus usuários, sendo que 2.448 têm registros dos procedimentos realizados e 2.283 comprovam com documentação. O DAB destaca que

antes da pesquisa os dados informavam aproximadamente 10% dos municípios brasileiros ofertando o serviço de PIC, após a coleta dos dados, este valor passou para 20% em todos os Estados e no Distrito federal. Já na pesquisa do 2º ciclo em 2013 a oferta das PIC está presente em 18,99% nas equipes da Estratégia Saúde da Família em todo território brasileiro, e em 22,27% dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família. (BRASIL, 2013a).

A partir destes mapeamentos, estão sendo desenvolvidas ações que vêm ao encontro das diretrizes da política e que visam garantir a educação permanente, com cursos na modalidade de educação à distância (EAD) que irão beneficiar os profissionais de saúde, agentes comunitários e gestores sobre o tema das PIC. (BRASIL, 2013a).

Segundo a coordenação de áreas técnicas do DAB, atualmente está em estudo a possibilidade da criação de um recurso de custeio para fortalecer as PIC nos municípios. O direcionamento deste recurso é o de apoiar iniciativas municipais em desenvolvimento, com foco na oferta de PIC na atenção básica. A partir dos dados PMAQ-AB, os locais que realizam atendimento em PIC poderão recebê-lo para apoiar o custeio, para pagamento de profissionais, aquisição de insumos, entre outros. (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Considera-se que a existência das PIC no PMAQ-AB representa um critério de qualidade, e a presença das PIC fortalece as equipes de atenção básica, promovendo o acesso dos usuários à uma diferente racionalidade em saúde.

2.9 ESTUDOS SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A revisão de literatura se fundamentou na pesquisa de estudos clássicos e contemporâneos a partir de publicações em livros, material documental, normativas, revistas, periódicos, dissertações e teses. A investigação dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline via *National Library of Medicine*) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). As teses e dissertações relacionadas à temática foram pesquisadas no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Outros estudos foram pesquisados na íntegra no buscador *Google*.

Para subsidiar a discussão da avaliação das PIC, realizou-se no mês novembro de 2013 o levantamento de teses, dissertações e artigos

científicos que tivessem como objeto de estudo a temática das “práticas integrativas e complementares”. Além disso foram associadas à busca normativas que regulamentam estas práticas no sistema de saúde; estudos de avaliação e implementação das PIC no sistema público; relatos de experiência de profissionais que utilizam estas práticas no sistema de saúde. Inclui-se nesta revisão o estudo destas práticas em outros países, a fim de levantamento de informações sobre experiências na área em outros sistemas de saúde, mesmo que este estudo seja realizado em âmbito nacional, julgou-se necessária a abordagem da literatura internacional como forma complementar.

2.9.1 Estudos nas bases de dados *PubMed* e LILACS

Foi realizado um levantamento de artigos científicos da área de medicina complementar e alternativa, publicados entre 1995 e 2013, e indexados nas bases eletrônicas de dados *PubMed* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) e LILACS/BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (<http://lilacs.bvsalud.org/>). Foram incluídos trabalhos que tiveram como objetivo o estudo das práticas integrativas e complementares (sinônimos: terapias complementares, terapias alternativas, medicina complementar, medicina alternativa) e que utilizaram alguma documentação/lei/legislação acerca do tema em suas análises, e por questões secundárias, relato de uso das PIC no sistema público de saúde.

Os termos utilizados para identificar os artigos na base *Pubmed* obedeceram ao padrão de descritores MeSH (*Medical Subject Headings*) da U. S. *National Library of Medicine Thesaurus*, tendo-se utilizado a seguinte chave de busca: ("*Complementary Therapies*"[MeSH] AND "*Complementary Therapies/legislation and jurisprudence*"[MeSH]) AND "*Complementary Therapies/organization and administration*"[MeSH].

Os termos utilizados para identificar os artigos na base LILACS responderam aos descritores e ao seu código de assunto (*mh*), às palavras livres (*tw*) em título, assunto e resumo. Utilizou-se a seguinte chave de busca: *tw:(mh: ("terapias complementares" OR "complementary therapies" OR "terapias complementares/LJ).*

Os artigos incluídos em ambas as bases deveriam: (I) abordar a temática das práticas integrativas e complementares nos seus textos (II) analisar oferta e uso de práticas no seu sistema público de saúde (III) relatar de alguma forma a respectiva regulação, lei, legislação acerca das

práticas. (IV) descrever a opinião de usuários, profissionais, administradores ou quaisquer pessoas envolvidas no uso das PIC.

Foram considerados os artigos que de alguma forma trataram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, relatos de profissionais e das PIC no SUS, como conhecimento, acesso, aceitação e uso das mesmas, experiências de implantação das práticas no sistema de saúde, e contribuições a respeito de sugestões para sua inserção no sistema de saúde (caso ainda não ocorra).

A identificação dos artigos na base *PubMed* elegeu inicialmente 525 referências em sua base bibliográfica. Em seguida foi selecionado nos filtros adicionais, texto completo e gratuito para leitura, resultando em 69 publicações disponíveis. Foram selecionadas as publicações elegíveis para a revisão, mediante a leitura de seus títulos e resumos. Foi realizada a exclusão dos artigos os quais não se enquadraram aos objetivos da revisão, resultando em 13 artigos considerados relevantes. Após a leitura dos textos completos, foram selecionadas 2 publicações para fim de análise, os excluídos ou não relatavam nenhuma da temática em questão, ou não se adequaram aos critérios de busca, encontrados como por exemplo, editoriais e noticiários de jornais, não constituindo uma pesquisa científica de fato.

A chave de busca na base LILACS resultou inicialmente em 282 publicações, sendo selecionadas 45 publicações após a leitura do título, e 29 após leitura do resumo e texto. As publicações que não estavam disponíveis na íntegra foram excluídas, restando somente as disponíveis para leitura em texto completo. Após a leitura dinâmica dos textos, foram escolhidos 4 estudos representativos para fins da análise em questão.

A seguir é representada uma síntese teórico-metodológica dos estudos revisados, estes se encontram dispostos nos quadros das páginas seguintes.

Quadro 3. Descrição teórico-metodológica dos artigos científicos sobre terapias complementares no Brasil e no mundo, segundo as bases de dados *PubMed* e LILACS. (Continua)

Autoria/ ano de publicação / Base de dados / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
<p>Sousa <i>et al.</i>, 2012</p> <p><i>PubMed</i></p> <p>Campinas, Florianópolis e Recife</p>	<p>Analisar as características da oferta e produção de PIC no SUS entre os anos de 2000 e 2011.</p>	<p>Dados primários: Aplicação de questionário semiestruturado as gestores municipais, gestores de unidades da AB, e profissionais da ESF.</p> <p>Dados secundários: Análise em banco de dados nacionais (CNES e SIA) referente aos anos 2000 e 2011 nos municípios do estudo.</p> <p>Pesquisa qualitativa e quantitativa.</p>	<p>Predominância dos serviços de acupuntura e homeopatia.</p> <p>O número de profissionais responsáveis cadastrados no CNES é muito menor do que a oferta.</p> <p>Ficou clara a subnotificação do CNES e o fato de que o sistema de informação não conseguiu captar a dinâmica da oferta no nível local. Há um distanciamento entre o registrado e o praticado, e isto se devem muitas vezes aos limites impostos pelo sistema.</p> <p>Dificuldades: Falta de integração entre os dados do SIA e CNES; indefinição no escopo das PIC na PNPIC; pouca agilidade nos municípios em atualizar as informações.</p>

Quadro 3. Continuação

Autoria/ ano de publicação / Base de dados / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
<p>Alameddine <i>et al.</i>, 2011</p> <p><i>PubMed</i></p> <p>Líbano</p>	<p>Conhecer as possíveis barreiras para a regulamentação adequada e integração de produtos de PIC* no sistema de saúde libanês.</p> <p>Investigar os diferentes papéis e perspectivas dos vários intervenientes no campo das PIC*.</p> <p>*Modificou-se a nomenclatura das publicações originais para padronização dos termos para fins da presente revisão</p>	<p>Dados primários: 16 entrevistas semiestruturadas com representantes de associações profissionais (Chefes de ordens e sindicatos), pesquisadores acadêmicos (acadêmicos de faculdades de agricultura, nutrição e farmácia), importadores e proprietários de empresas de produtos das PIC*, políticos (gestores do Ministério da Saúde e do Ministério do Comércio) e uma mídia representante (uma figura pública familiarizada com o campo). Amostragem snowball. Pesquisa qualitativa e quantitativa.</p>	<p>Houve um consenso entre todas as partes interessadas que a regulação do mercado de produtos das PIC* no Líbano precisa ser fortalecida. A análise temática identificou uma série de impedimentos comprometendo a segurança do consumo público e dificultando a integração das PIC* com a medicina convencional, incluindo: fraca infraestrutura, inexistência de regulamentação, políticas ineficazes, fraca consciência sobre as PIC* e falta de coordenação e de cooperação entre as partes interessadas. Com relação aos instrumentos de política (auto regulação) foram considerados ineficazes pelas partes interessadas devido à má consciência dos usuários e provedores sobre o uso seguro dos produtos de PIC*.</p> <p>As partes interessadas recomendaram o aumento da conscientização pelo público; integração das PIC* nos currículos da medicina e de enfermagem; mais rigor governamental e incentivo à regulação; instrumentos de política para a regulamentação do mercado de produtos das PIC*.</p>

Quadro 3. Continuação

Autoria/ ano de publicação / Base de dados / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
Tesser, 2009 LILACS Brasil	Apresentar contribuições do campo das PIC em saúde-doença, mais comumente conhecido como medicina alternativas e complementares ou práticas integrativas e complementares (PIC) à promoção da saúde no ambiente do Sistema Único de Saúde (SUS).	Artigo de revisão. Trata-se de um ensaio que sistematiza as contribuições desse campo para a promoção da saúde. Pesquisa Qualitativa.	Frente às questões levantadas na revisão sugerem algumas diretrizes e estratégias para legitimação sócio institucional dessas práticas, especialmente as inseridas em racionalidades médicas, na promoção da saúde no SUS. Há que diversificar o processo de validação e legitimação das práticas para além da ciência e da biomedicina: democratizar o tema e politizá-lo. A ciência pode ser um ponto de apoio para legitimação, não o único nem tampouco necessário sempre. Outros valores além dos científicos são desejáveis na promoção da saúde, bem como outros saberes de novas e antigas tradições não científicas ou ocidentais. A sociedade e os usuários podem decidir, via gestão democrática do SUS (Conselhos de Saúde), sobre a oferta e a legitimação de iniciativas de oferta das medicina alternativas e complementares aos usuários. Outra estratégia é fomentar ativamente, no SUS e na saúde coletiva, pesquisas, estudo, capacitação e oferta de saberes/técnicas presentes nas práticas complementares e racionalidades médicas convergentes com os valores da promoção da saúde.

Quadro 3. Continuação

Autoria/ ano de publicação / Base de dados / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
Gómez, 2003 LILACS México	Compilação de uma série de reflexões a partir de uma abordagem intercultural sobre sistemas de saúde e políticas públicas correspondentes, motivada pelos resultados de um estudo sobre dois hospitais na zona rural do México.	Estudo de revisão	A inclusão da MT/MCA na oferta de serviços de saúde e seus terapeutas como atores dentro do processo de formulação de políticas públicas será mais efetiva na medida em que houver pressão dos usuários para a criação de espaços organizacionais. Sugestões de prioridades para a política pública de saúde em cada instância: Na Política, a prioridade seria incluir as PIC* no sistema de saúde, assim como na agenda de prioridade de saúde dos legisladores e responsáveis pela tomada de decisão na política. No nível organizacional, devem ser abertos espaços institucionais mais específicos que ofereçam diferentes PIC. Sensibilização do pessoal da saúde para trabalhar nesta área. Na área clínica, o indivíduo deverá fornecer informações precisas, adequadas e suficientes ao público sobre as diferentes práticas e sistemas médicos, como parte de sua responsabilidade. Cabe ao Estado, garantir o direito à informação, facilitando a abertura de espaços de atendimento público ou privado. Reforça-se que a utilização da medicina complementar ou outras práticas e sistemas alternativos não possui políticas locais, regionais ou nacionais, continuando a ser utilizada principalmente pelo setor privado, dada a ausência de políticas públicas que respondam à esta necessidade de um setor em crescimento.

Quadro 3. Continuação

Autoria/ ano de publicação / Base de dados / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
<p>Marques <i>et al.</i>, 2011</p> <p>LILACS</p> <p>Brasil, MG.</p>	<p>Investigar o conhecimento e a aceitação das PIC* e atenção farmacêutica por parte dos usuários do SUS.</p> <p>*Modificou-se a nomenclatura das publicações originais para padronização dos termos para fins da presente revisão</p>	<p>Amostra: três médicos e 35 usuários do serviço da Unidade Básica de Saúde situada no centro da cidade de São João da Mata – MG.</p> <p>Entrevista semiestruturada (um formulário baseado no proposto por Lemos <i>et al.</i> (2001).</p> <p>Pesquisa qualitativa e quantitativa.</p>	<p>100% não conheciam o termo das PIC. Após explicação clara e simples pelo pesquisador, 31,42% disseram que aceitariam o uso de fitoterapia, 51,42% aceitariam a acupuntura, 37,14% aceitariam a homeopatia e nenhum utilizaria a crenoterapia. Quando questionados sobre a atenção farmacêutica, 45,71% disseram já ter ouvido falar neste assunto, 22,85% sabem do que se trata. Quando os três médicos que atendem na unidade de saúde foram questionados, observou-se indiferença, não aceitação e aceitação, respectivamente. Em conclusão, este estudo demonstrou que a grande maioria dos pesquisados aceitaria as PIC se estas fossem oferecidas pela unidade de saúde. Além disso, os usuários acham importante uma maior atuação do farmacêutico. É necessária a implantação de programas de divulgação para os pacientes e principalmente para os médicos prescritores de práticas integrativas e complementares.</p>

Quadro 3. Continuação

Autoria/ ano de publicação / Base de dados / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
<p>Ischkanian, Pelicioni, 2012</p> <p>LILACS</p> <p>Brasil</p>	<p>Investigar o conhecimento, opiniões e representações sociais dos gestores e profissionais de saúde sobre as PIC no SUS e identificar as dificuldades e desafios que apresentaram em sua implantação, utilização e divulgação nos Serviços de Saúde.</p>	<p>Amostra: gestores e profissionais de saúde das Unidades básicas de saúde (UBS) que não oferecia PIC à comunidade e um ambulatório de especialidades (AE) unidade em situação oposta, isto é, que oferecia PIC aos usuários. Dados primários: coletados a partir de entrevistas. Dados secundários: coletados a partir de documentos. Análise documental e entrevista com roteiro pré-estabelecido. As entrevistas ocorrem entre os meses de julho a agosto de 2010, sendo obtido um total de 35 entrevistas.</p> <p>Pesquisa qualitativa.</p>	<p>Os resultados demonstraram que os gestores não estavam preparados para a implantação da PNPIC no SUS, que apenas cinco dos 26 entrevistados conheciam a política, que ainda prevalece o modelo biomédico nos atendimentos, que o fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC tem se constituído em grande problema na unidade, que a divulgação das PIC não tem sido suficiente para que profissionais e usuários as conheçam. Nem todos os profissionais que atuavam no Ambulatório de Especialidades onde as PIC têm sido oferecidas têm valorizado essas atividades. As Práticas Integrativas e Complementares não têm ocupado o papel que deveriam e/ou poderiam dentro do SUS para a promoção da saúde.</p>

Conforme apresentado no Quadro 3, ao total foram selecionados 6 artigos das bases *PubMed* e LILACS, publicados no período de 2003 a 2012. Observou-se que, dos 6 artigos revisados, todos trataram como tema central as práticas integrativas e complementares (sinônimos: terapias complementares, terapias alternativas, medicina complementar, medicina alternativa). Como questões secundárias, relataram sobre o conhecimento, aceitação de usuários, profissionais de saúde, gestores acerca das PIC. Por sua vez, quanto às questões relativas à regulamentação, lei, legislação, políticas públicas em saúde das PIC, 3 relataram dentre elas como assunto primário, sendo uma citando diretamente a PNPIC; e uma citou como assunto secundário as legislações vigentes.

2.9.2 Estudos no banco de dissertações, teses e periódicos da CAPES.

O termo utilizado para identificar teses e dissertações no banco de dados da CAPES, foi “práticas integrativas e complementares” resultando em 20 publicações. Posteriormente identificados pelos títulos, foram buscados no Google, as dissertações e teses na íntegra. Foi selecionado um estudo.

O termo utilizado para identificar pesquisas nos periódicos da CAPES foi “práticas integrativas e complementares” foram identificados 62 estudos, refinado por “teses e dissertações” foram apresentadas 10 e escolhidas duas.

Quadro 4. Descrição teórico-metodológica das teses e dissertações sobre práticas integrativas e complementares no Brasil, segundo o periódico da CAPES. (Continua)

Autoria/ ano de publicação / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
Santos, 2012 <i>Dissertação</i> Florianópolis	<p>Analisar a implantação das PIC na atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis, de abril de 2010 a abril de 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrever criticamente o processo de implantação das PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis/SC. - Sistematizar um método de implantação das PIC na Atenção Primária à Saúde, tendo como base a análise da experiência de Florianópolis/SC. 	<p>Método de pesquisa-ação.</p> <p>Pesquisa qualitativa.</p>	<p>Em um período de 2 anos foi possível observar uma alteração significativa e positiva no cenário das PIC em Florianópolis/SC, período em que a normativa municipal foi publicada, as discussões foram levadas a todos os âmbitos e instâncias da secretaria municipal de saúde, foram sensibilizadas seis unidades de saúde para implantação de seus PLI-PIC, ofertando treinamentos em acupuntura, auriculoterapia, automassagem e fitoterapia, além de oficinas locais de plantas medicinais para ACS e comunidade, resultando em crescimento da oferta destas terapias aos usuários, monitorado via sistema informatizado.</p> <p>O desenvolvimento de atividades contextualizadas em cada realidade parece facilitar a permanência de novas ações, para que de fato a inserção das PIC possa refletir na ampliação da resolubilidade da AB e na qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população, tal como preconiza a PNPIC.</p>

Quadro 4. Continuação.

Autoria/ ano de publicação / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
<p>Sampaio, 2013</p> <p><i>Tese</i></p> <p>Distrito Federal</p>	<p>Analisar as PIC de Homeopatia, Medicina Chinesa/Acupuntura e Automassagem no âmbito da Atenção Básica no DF, com a finalidade de conhecer e compreender as intersecções destas práticas com as estratégias no âmbito da Atenção Básica, seus potenciais e limites.</p>	<p>Entrevistadas vinte e nove pessoas, entre elas nove gestores, sete profissionais e treze usuários. Os dados foram coletados por meio de instrumento semiestruturado.</p> <p>Pesquisa qualitativa.</p>	<p>O estudo concluiu que as três abordagens analisadas: Homeopatia, a MTC/Acupuntura e a MTC/Automassagem, inseridas nas unidades básicas de saúde da rede pública do DF, mesmo tendo sido implantadas no final da década de 1980, ainda se apresentam visivelmente frágeis. Esta constatação emerge das falas dos sujeitos pesquisados, o que chama atenção para várias contradições: primeiro, há um reconhecimento destas práticas nas UBS exercidas pelos profissionais, organizadas pelos gestores e ofertadas aos usuários. Ainda assim, se constitui incipiente em sua visibilidade. Segundo: há um hiato entre o que é preconizado na Política Nacional e nas diretrizes da SES/DF para as PIC no tocante a sua visibilidade, na medida em que os processos decisórios políticos e técnicos quanto aos investimentos de pessoal, de insumos estratégicos, entre outros, sempre são secundarizadas nas definições das prioridades. Terceiro: ainda não se constitui uma prática integrada nos modelos organizativos na oferta das ações de serviços de saúde na rede, mas opera “às margens” do sistema, sua integração na Atenção Básica é incipiente e não há integração com outros pontos do sistema.</p>

Quadro 4. Continuação.

Autoria/ ano de publicação / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
Galhardi, 2010 Tese São Paulo / Campinas	Analisa o comportamento da oferta da atenção em homeopatia por municípios do Estado de São Paulo, com o objetivo de entender os fatores políticos, sociais e culturais, regionais-locais envolvidos como motivadores da implantação, continuidade e descontinuidade da atenção nos municípios.	A metodologia da pesquisa cumpriu duas fases: primeiramente, análise quantitativa da produção de consultas em homeopatia registradas no DATASUS, no período de 2000 a 2007; posteriormente, aplicação de questionário semiestruturado para os gestores dos municípios que ofertaram atendimento em homeopatia no período citado. Pesquisa qualitativa e quantitativa.	Observaram-se a existência de três tipos de municípios, segundo a produção de consultas: <i>Constantes (aqueles municípios que mantiveram o atendimento durante todo o período)</i> , <i>Descontínuos (aqueles que encerraram ou interromperam a atenção no período)</i> e <i>Tardios (aqueles que iniciaram a atenção após 2001 até 2007)</i> . A maior concentração territorial desses municípios está na região sudeste do Estado de São Paulo, onde se localizam as cidades mais populosas, com maior desenvolvimento tecnológico, médico e científico. Os municípios de grande porte foram os responsáveis pelo crescimento da atenção em homeopatia. Isso ocorreu, possivelmente, por: serem possuidores de maior recurso financeiro e apresentarem uma rede de atenção básica com melhor estrutura; atraírem médicos de todas as especialidades e terem condições para contratação de homeopatas; possuírem os atrativos dos grandes centros comerciais, tecnológicos e de lazer, bem como instituições de ensino médico, que são referências para os níveis terciários de atenção. Conclui-se que a incorporação de práticas não convencionais, com novas concepções do processo saúde-doença e cura, são absorvidas pelas instituições dependendo da conjuntura política, dos governos centrais ou locais, da demanda social e da pressão política em seu favor.

2.9.3 Estudos no buscador *Google*

Outros estudos foram pesquisados diretamente no buscador *Google*. Com os termos “avaliação das práticas integrativas e complementares”, “implantação das práticas integrativas e complementares”. Foram considerados relevantes dois estudos para análise.

Quadro 5. Descrição teórico-metodológica dos artigos científicos sobre práticas integrativas e complementares no Brasil, segundo o buscador Google. (Continua)

Autoria/ ano de publicação / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
Santos, 2010 <i>Dissertação</i> Recife	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar o processo de implementação da política de práticas integrativas do Recife entre os anos de 2004 e 2009. - Caracterizar o contexto e evolução da política de PIC no Recife; - Analisar o conteúdo da política de práticas integrativas no SUS municipal; - Conhecer a percepção de diferentes atores sobre a implementação das PIC com ênfase no sistema público de saúde municipal. 	<p>Foram utilizados dados primários coletados por meio de entrevistas e análise das atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no período de 2004 a 2009; dados secundários colhidos nos bancos de dados do Ministério da Saúde e pesquisa documental em diversas fontes.</p> <p>Pesquisa qualitativa.</p>	<p>O contexto para a inserção das PIC no SUS do Recife é favorável, há inserção de diversos atores sensíveis as PIC em pontos estratégicos da gestão municipal; o processo de elaboração da política aconteceu de maneira <i>top down</i>, isto é, a formulação e implantação foi feita por gestores do alto escalão; o conteúdo da política é bastante limitado devido a sua fragilidade institucional e falta de regulamentação; houve pouca participação social durante todo o processo da política, o que se refletiu na falta de discussão da política no CMS, e a pouca participação do coletivo dos trabalhadores de saúde do município nas discussões da política. Para a legitimação e fortalecimento da PIC será necessária a incorporação do tema no discurso da sociedade, dos profissionais de saúde e gestores, além de uma avaliação dos impactos da implantação da UCIS para a qualidade de vida dos usuários do serviço.</p>

Quadro 5. Continuação.

Autoria/ ano de publicação / Local	Objetivo do estudo	Técnicas/instrumentos de pesquisa e abordagem metodológica	Principais resultados
Bridi, Girardi, Silva, 2011 <i>Artigo científico</i>	Análise da adequação da oferta de consultas especializadas de homeopatia no processo de regionalização do SUS da Grande Florianópolis.	Análise dos dados do Sistema de Informação do SUS, referentes às consultas homeopáticas executadas na região, em 2011. A metodologia utilizada foi dedutiva em relação aos critérios para oferta de consultas homeopáticas no sistema público de saúde e comparativa em relação à implementação da homeopatia na Grande Florianópolis e em outras regiões do país.	Verificou-se que a regulamentação ministerial para oferta de consultas homeopáticas está inadequada. O parâmetro que propicia a maior equidade na oferta de consultas homeopáticas foi definido pelo Numenati (DF). Em Vitória (ES) encontram-se os melhores índices brasileiros de universalização do acesso às consultas homeopáticas. Na Grande Florianópolis, a oferta desses serviços encontra-se ainda muito restrita.

2.9.4 Principais resultados e discussão dos estudos

A discussão dos estudos foi orientada pelos objetivos principais dos mesmos, independente da natureza e do tipo da investigação. Dessa forma, os objetos de avaliação foram agrupados conforme a base eletrônica de dados.

A revisão bibliográfica foi realizada em artigos recentemente publicados nas bases de dados *PubMed*, LILACS/BVS, periódicos da CAPES, e *Google*, publicados entre 1995 e 2013, nos idiomas Inglês, espanhol e Português.

Nessa revisão não foram encontrados estudos que contemplassem simultaneamente os termos de avaliação, implantação e práticas integrativas e complementares, que pudesse auxiliar na construção da presente pesquisa.

Reconheceu-se dentre os resultados: a necessidade de regulação das PIC, tanto no campo político, quanto industrial; o discurso de legitimação e fortalecimento da PIC como política pública de saúde; a implantação de PIC em diversos municípios com experiências contextualizadas e locais, com gestores e profissionais sensíveis, mas também com incipiências relacionadas aos dados gerados em consultas, a falta de integração de sistemas, regulação normativa inadequada e insuficiente; o levantamento da necessidade de divulgação da existência destes serviços; e necessidade da capacitação de profissionais para atuarem com as PIC.

A revisão de literatura facilitou a visualização de importantes aspectos que vêm sendo investigados na área de PIC, sendo observada grande heterogeneidade metodológica nas pesquisas.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo é apresentado o percurso metodológico que foi adotado para o desenvolvimento da presente pesquisa, por meio do delineamento do tipo de estudo, da elaboração do modelo teórico-lógico, da construção do modelo de avaliação, da descrição da oficina de consenso, do modelo avaliativo final, e da coleta, processamento e análise dos dados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa avaliativa de análise de implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na atenção básica nos municípios catarinenses, com base na análise de normativas do Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica, por meio de dados secundários. É caracterizado por ser um estudo transversal, com abordagem quantitativa.

A análise de implantação tem por objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em comparação com a produção dos efeitos. A implantação pode ser definida como a transferência de uma intervenção no plano operacional. O processo de implantação faz referência à implementação de um projeto, isto é, à sua integração em um determinado contexto organizacional. A análise de implantação é importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes maneiras. (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Os estudos avaliativos de implantação têm sido realizados com o intuito de ampliar a eficiência das intervenções, consequentemente aperfeiçoando o sistema, com vistas à melhorar a qualidade da atenção prestada à população. A avaliação da implantação consiste em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. (ALVES *et al.*, 2010; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Este último autor propõe diferentes tipos de avaliação; e a adequada para a presente pesquisa é a avaliação do tipo 1, na qual busca explicações para as variações na integridade da intervenção; portanto, esta avaliação irá propor uma explicação (juízo de valor ao final do estudo) à observação de uma distância entre a intervenção planejada e aquela implantada, para garantir a sua integridade. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A avaliação da implantação se pautará nos objetivos e diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

O critério utilizado nesta avaliação é o da eficácia, no que busca identificar se as recomendações para implantação propostas estão sendo implementadas conforme preconizado pelas instâncias superiores (MS e DAB), alcançando as metas propostas. O critério de eficácia segundo Silva e Formigli (1994) está relacionado com o efeito das ações e práticas e saúde implementadas, e busca compreender o cumprimento de objetivos.

Considerando-se o objetivo da presente investigação, a mesma permeia as duas modalidades de avaliação adotando estratégias diversas e, portanto, assumindo características tanto da avaliação normativa quanto da avaliação de implantação.

Desta forma, esta pesquisa buscou métodos mais adequados para avaliar uma determinada situação real, e tem como produto final uma avaliação da implantação do serviço de Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica no estado de Santa Catarina.

3.2 ELABORAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO

A elaboração do modelo teórico-lógico é considerada por Medina *et al.* (2005, p. 45) a primeira etapa do processo avaliativo, e isto envolve explicitar os componentes e relações do objeto de avaliação, reconhecendo os fatores que influenciam no seu contexto e reconhecendo seus possíveis resultados potenciais esperados.

Esta conformação é apresentada na forma de um modelo esquemático que por meio de critérios, referenciais teóricos, normativas, fundamentam a construção deste instrumento e representa os elementos essenciais na existência do objeto de estudo. (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Nesta pesquisa, a elaboração do modelo teórico-lógico da implantação das práticas integrativas e complementares teve algumas etapas de discussão. Iniciada sua construção em novembro do ano de 2013, a partir da revisão bibliográfica sobre o tema, seguiu com discussão qualificada na disciplina de “Seminários de avaliação em saúde” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, onde foi submetida a diversos professores experts na área de avaliação em saúde; foi avaliado também na etapa de qualificação do projeto de dissertação, e por fim discutido e validado em oficina de consenso

realizada em setembro de 2015 com especialistas da área de práticas integrativas e complementares e de avaliação em saúde.

3.3 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO

3.3.1 Oficina de consenso

A oficina de consenso é um processo que se caracteriza pela pactuação política entre técnicos e especialistas da área em discussão, e amplia a possibilidade da validação dos indicadores e medidas, conferindo maior legitimidade aos processos avaliativos. (MEDINA *et al.*, 2005).

A consulta aos especialistas apresentou o formato de comitê tradicional, onde a decisão é tomada em consenso pelos participantes. Foi realizada em uma etapa presencial, no período de setembro de 2015, com duração de 3 horas, contando com a participação de 6 integrantes, incluídos os 2 pesquisadores responsáveis.

Três pesquisadores eram especialistas sobre o objeto de pesquisa – serviço de PIC, e uma pesquisadora da área de avaliação e saúde e com experiência no PMAQ-AB. Houve uma apresentação de 20 minutos sobre a pesquisa, e após iniciou-se as discussões sobre os instrumentos de pesquisa.

Foi entregue previamente aos participantes o material composto pelo modelo teórico-lógico e matriz avaliativa contendo o julgamento dos indicadores, dimensões e de implantação. Ao final de cada instrumento, constava um quadro para preenchimento de escala de concordância e observações para o juízo de valor de cada participante. Ainda acompanhava informações, como o dicionário das variáveis (APÊNDICE A) e o *rationale* das dimensões (APÊNDICE B).

Inicialmente foi discutido o modelo teórico-lógico que não sofreu alteração substancial, mas foi solicitado o detalhamento de alguns elementos, como a apresentação das principais políticas orientadoras do processo de implantação das PIC, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Também a descrição dos resultados com a implantação do serviço de PIC, dando ênfase no aumento da resolubilidade na atenção básica e da ampliação do acesso às PIC.

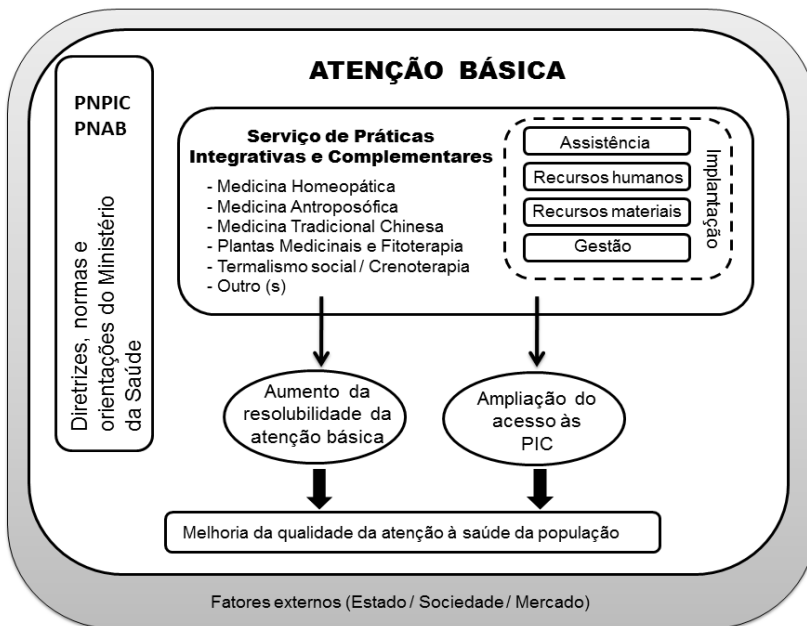
A oficina seguiu com a discussão da matriz avaliativa, que resultou em alterações. As dimensões foram mantidas, o número de indicadores foi diminuído de dez para seis, houve adição de medidas, e

alteração no peso do julgamento das dimensões. As contribuições foram incorporadas ao modelo final.

3.3.2 Modelo teórico lógico

A partir da revisão de literatura, foram consultados os estudos que de alguma forma pesquisaram sobre as PIC. Não foram encontrados estudos de avaliação com as práticas integrativas e complementares, portanto este modelo foi elaborado e discutido em diversas etapas descritas anteriormente na elaboração do modelo teórico-lógico, o que resultou no modelo desenvolvido apresentado na figura 2.

Figura 2. Modelo teórico-lógico da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica.



Fonte: Elaboração própria

Segundo a experiência de autores como Hartz e outros (1997), para a construção de um modelo teórico existem fatores importantes a serem analisados, incluindo dimensões macro e micro explicativas. Estas compõem a micro e macro teoria de um objeto, sendo a primeira relacionada à normas, aspectos estruturais e operacionais; e a outra

detalha o contexto de implantação do objeto, com os fatores organizacionais e sociopolíticos que favorecem ou inibem o sucesso da implantação. (Hartz, 1997).

Neste sentido, a figura 2 está apresentada sob um contexto de determinantes sociais, econômicos, e políticos que influenciam na existência do modelo. Ele está implicado em fatores externos que se traduzem pela variedade de interesses e a permanente negociação entre as lógicas do Estado (que normatiza e regula), Sociedade (que financia), e Mercado (que produz e oferta os serviços). Reconhece-se também que o modelo está inserido em um ambiente de políticas públicas, onde se disputam diferentes interesses, modelos de atenção e de cuidado. (CONTANDRIOPOULOS, 1996, BAHIA, 2009, PAIM, 2012).

O modelo tem como foco a implantação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária (atenção básica). Esse modelo foi elaborado a partir da revisão bibliográfica realizada sobre o tema de pesquisa, do banco de dados do PMAQ-AB 2º ciclo em 2013, das normativas das políticas ministeriais relativas às PIC (PNPIC e PNAB), e do consenso dos especialistas, resultando na representação esquemática do objeto de estudo.

Outros documentos foram utilizados para a composição do modelo teórico-lógico, constituídos pelas normativas elaboradas pelo Ministério da Saúde, com portarias que regulamentam e orientam o processo de implantação das PIC:

- Portaria GM nº1230/1999 que inclui a consulta médica em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos SIA/SUS;
- Portaria GM/MS nº 971/2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;
- Portaria Decreto presidencial nº 5813/2006 que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e fitoterápicos;
- Portaria GM/MS nº 853/2006 que inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES o serviço de Práticas Integrativas e Complementares através do código 068, compondo-o em suas sete classificações: 001 – Acupuntura; 002 – Fitoterapia; 003 – Outras Técnicas em Medicina Tradicional Chinesa; 004 – Práticas Corporais/Atividade Física; 005 – Homeopatia; 006 – Termalismo/Crenoterapia; 007 – Medicina Antroposófica; E do serviço de código 007 – Farmácia, a classificação de código 003 – Farmácia com Manipulação Homeopática; Inclusão dos procedimentos de Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas, Sessão de Acupuntura - Aplicação de ventosas / Moxa, Procedimentos realizados em grupo -

Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa. Inclusão das atividades profissionais: Atividade educativa em atenção básica com grupo na comunidade e na unidade por médico acupunturista médico homeopata; Atividade educativa em assistência especializada e de alta complexidade na comunidade e na unidade por médico acupunturista. Estabelece também que os procedimentos serão financiados pelos recursos financeiros da média e alta complexidade (MAC) dos estados/municípios, com base na série histórica de produção;

- Portaria GM nº 3237/2007 que dispõe sobre os medicamentos da atenção básica incluiu 2 medicamentos fitoterápicos e todos os medicamentos homeopáticos da Farmacopéia Homeopática Brasileira;

- Portaria GM/MS nº 2.848/2007 que inclui e altera procedimentos da tabela de procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS. No procedimento sessão de acupuntura com inserção de agulhas e sessão de acupuntura aplicação de ventosas/ moxa, a inclusão dos CBO de Enfermeiro da ESF, Terapeuta Ocupacional, Médicos em medicina preventiva e social, clínico, de família e comunidade, sanitarista e generalista;

- Portaria GM/MS nº 154/2008 que inseriu os profissionais médicos com especialização em homeopatia e acupuntura nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);

- Portaria SAS nº 84/2009 que adequou o código do Serviço de Práticas Integrativas de 068 para 134, mantidas as sete classificações, através da revisão da tabela do SCNES;

- Portaria nº 2.982/2009 que aprovou as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e incluiu 8 Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos;

- Portaria nº 84/2009, incluiu os códigos da CBO de acupunturistas para médicos, psicólogos e fisioterapeutas;

- Portaria nº 470/2011 que inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, no serviço de código 125 - Serviço de Farmácia, a classificação 007 - Farmácia Viva;

- Portaria DNPM nº 127/2011 que aprova o Roteiro Técnico para elaboração do Projeto de Caracterização Crenoterápica para águas minerais com propriedades terapêuticas utilizadas em complexos hidrominerais ou hidrotermais;

- Portaria nº 533/2012 que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), incluiu 12 medicamentos fitoterápicos, além de toda a farmacopeia homeopática

brasileira, possibilitando o uso do componente da Assistência Farmacêutica Básica para aquisição e utilização destes medicamentos;

- Documentos e material informativo do DAB “Inserção das práticas integrativas e complementares na rede de saúde”, “Passos para Implantação de Práticas Integrativas e Complementares” disponíveis no Curso online “Gestão das PIC”, disponível no endereço eletrônico da Comunidade de Práticas da Atenção Básica;

- Manual do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI, do Distrito Federal - DF (2005), apresentando informações sobre a organização da atenção em práticas integrativas e complementares desenvolvidas no SUS pelo Distrito Federal. Contém algumas informações importantes que não estão descritas em outros documentos do Ministério da Saúde. Destaque para a descrição da rotina dos atendimentos, procedimentos, consultas, insumos, profissionais capacitados a exercer cada prática, entre outras atividades de educação permanente, promoção à saúde e pesquisa.

O serviço de PIC representado no modelo é definido pela PNPIC, por três sistemas médicos complexos ou racionalidades médicas vitalistas como a medicina tradicional chinesa, a medicina homeopática e a medicina antroposófica, e práticas terapêuticas ditas complementares e integrativas em saúde, como a fitoterapia e plantas medicinais, e o termalismo social/crenoterapia, estabelecendo para isso as diretrizes para a implantação.

Considera-se que para sua implantação na atenção básica, o serviço das PIC deva ser avaliado em quatro dimensões: Assistência, Recursos humanos, Recursos materiais e Gestão.

A dimensão “Assistência” corresponde às ações de atenção à saúde na área de PIC e faz referência à oferta e distribuição do serviço de práticas integrativas e complementares no município. A dimensão “Recursos Humanos” considera a complexidade e diversidade de situações nas equipes de saúde, levando em consideração a necessidade de equipes articuladas, capacitadas e ampliadas que permitam com que o cuidado com o usuário da atenção básica tenha uma atenção integral e resolutive. A dimensão “Recursos Materiais” que dispõe sobre os materiais e insumos para o atendimento clínico na área e tem a finalidade de avaliar a disponibilidade destes materiais nos municípios. A dimensão “Gestão” que corresponde à responsabilidade da gestão em investir na capacitação dos profissionais na área de PIC, ofertando educação continuada na forma de educação permanente, tendo em vista o aprimoramento para o trabalho.

Estas dimensões quando implantadas, aumentariam a resolubilidade no serviço trazendo novas alternativas de atenção básica à saúde e ampliariam o acesso ao usuário na escolha da terapêutica a ser utilizada, resultando na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. Ressalta-se que este modelo é orientado para a gestão, considerando que o gestor é quem possui maior governabilidade para o processo de implantação, organização, estruturação e funcionamento dos serviços no setor saúde.

3.3.3 A matriz de avaliação e de julgamento

O modelo avaliativo pactuado na oficina de consenso contemplou 4 dimensões e 6 indicadores, com suas respectivas medidas e parâmetros de julgamento, sintetizando a matriz avaliativa da implantação das práticas integrativas e complementares nos municípios na atenção básica apresentada no Quadro 6.

A dimensão “Assistência” refere-se à oferta e distribuição do serviço de PIC no município. Essa dimensão apresenta dois indicadores: (I1) *Oferta de PIC* – avalia a existência do serviço de PIC nos municípios através das PIC registradas na portaria GM/MS nº 853/2006 que permite que o registo de sete classificações estabelecidas pela PNPIC, e também avalia a existência de outras PIC não contempladas na portaria nº 971/2006 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares sendo a pontuação deste indicador definida através de três medidas: (M1) Oferta uma PIC, que identifica se o município oferta uma PIC definida na PNPIC, (M2) Oferta mais de uma PIC, que mede se o município oferta mais de uma PIC definida na PNPIC, (M3) Oferta mais de uma PIC da PNPIC mais outras PIC, que identifica se o município contempla outras PIC, além de pelo menos duas das previstas na PNPIC; (I2) *Capilaridade das PIC* – que pressupõe o percentual ideal de equipes que ofertam PIC, identificando assim a capilaridade e abrangência dos serviços no município, e apresenta uma medida: (M4) Percentual de equipes que ofertam PIC no município, medido através do cálculo do Nº equipes que ofertam PIC dividido pelo Nº equipes no município vezes 100, e para pontuar nesta dimensão, o município precisa que suas equipes apresentem um percentual igual ou maior que 25%.

A dimensão “Recursos humanos” (Quadro 6) propõe a análise das equipes da atenção básica e seu desenvolvimento enquanto equipes capacitadas e ampliadas para realizar diferentes ações na área de PIC, apresentando um indicador: (I3) *Atividades de educação em saúde em*

PIC - que avalia a realização de atividades de educação em saúde na área de *PIC* com a comunidade, com a medida (M5) de realização ou não da atividade.

A dimensão “Recursos materiais” (Quadro 6) dispõe sobre os materiais e insumos necessários para atendimento e procedimentos com as práticas integrativas e complementares, contemplando dois indicadores: (I4) *Material para procedimento em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura* - com a finalidade de verificar a disponibilidade de materiais para a realização da prática de acupuntura, considerando que o material essencial e indispensável são as agulhas filiformes descartáveis, fixados na portaria GM/MS nº 853/2006, que estabelece os insumos em MTC/Acupuntura, avaliado através da medida (M6) de dispor de agulhas sempre ou às vezes para o município pontuar neste indicador. (I5) *Medicamentos fitoterápicos* – avaliando a disponibilidade do medicamento fitoterápico no município, fixados na Portaria nº 533/2012 que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), verificado através da medida (M7) pela oferta de medicamento fitoterápico em quantidade suficiente, e para pontuar o município deverá dispor de no mínimo um medicamento fitoterápico em quantidade suficiente.

A dimensão “Gestão” (Quadro 6) compreende o compromisso do gestor da unidade de saúde com a capacitação da equipe, apresentando um indicador: (I6) *Educação permanente em PIC para equipe* – que avalia através da medida (M8) a oferta de educação permanente pelo gestor, identificando o compromisso com a capacitação profissional na área de práticas integrativas e complementares.

Os parâmetros de julgamento das dimensões fundamentaram-se em aspectos normativos e consenso entre especialistas, sendo consideradas como padrão as metas preconizadas pela decisão do conjunto de pesquisadores em oficina de consenso, visto que não há normativa que estabeleça os valores padrões, permitindo assim a emissão de juízos de valor com as designações de “ruim”, “regular” ou “bom”.

O peso das dimensões variou de acordo com a sua relevância no contexto da implantação das *PIC*.

A somatória da pontuação das quatro dimensões resulta no máximo de 10 pontos. A partir dessa pontuação, foram definidos os graus de implantação para cada um dos municípios avaliados.

A classificação do grau de implantação foi dada de acordo com os seguintes pontos de corte: “Implantado” os municípios com alto grau de implantação que apresentaram escore final de 7 ou mais, desde que

obtivessem escore 4 na dimensão Assistência; “Parcialmente implantado” os municípios com médio grau de implantação, que apresentaram escores de 5 a 6,75; e “Implantação incipiente” os municípios com baixo grau de implantação, que apresentaram escores iguais ou menor que 4,75, desde que não tivessem escore 4 na dimensão Assistência, nestes casos sendo realocados para o juízo “parcialmente implantado”.

Os *rationales* (justificativas) das dimensões, indicadores e medidas encontram-se no Apêndice B. Esses são apresentados em forma de quadros, os quais contêm também o parâmetro de cada medida, acrescidos do cálculo e julgamento final para implantação. O banco de dados completo da avaliação estão apresentados nos Apêndices C e D.

Quadro 6. Matriz avaliativa da implantação das práticas integrativas e complementares nos municípios da atenção básica. (Continua)

	Indicador	Medida	JUÍZO			
			Pontuação do indicador	Parâmetro da dimensão	Peso da dimensão	Implantação
Dimensão Assistência	I1 - Oferta de PIC	<p><i>M1. O município oferta uma PIC da PNPIC</i></p> <p><i>M2. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC</i></p> <p><i>M3. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC mais outras PIC</i></p>	<p>0 = nenhuma</p> <p>1 = uma PIC da PNPIC</p> <p>2 = mais de uma PIC da PNPIC</p> <p>3 = mais de uma PIC da PNPIC com uma não prevista na política</p>	<p>\sum Escores</p> <p>Bom = 6 a 4 pontos</p> <p>Regular = 3 ou 2 pontos</p> <p>Ruim = 1 ou 0 pontos</p>	60%	<p>Implantado</p> <p>\sum Escores</p> <p>7 pontos ou mais, dos quais 4 em Assistência</p>
	I2 - Capilaridade das PIC	<p><i>M4. Percentual de equipes que ofertam PIC no município (Nº equipes que ofertam PIC/ Nº equipes no município*100)</i></p>	<p>0 = Abaixo de 25%</p> <p>1 = 25% a 50%</p> <p>2 = 50,5% a 99,5%</p> <p>3 = 100%</p>			<p>Parcialmente implantado</p> <p>\sum Escores</p> <p>5 a 6,75 pontos</p>

Dimensão Recursos humanos	I3 - Atividades de educação em saúde em PIC	<i>M5. O município realiza atividade de educação em saúde com as PIC à comunidade</i>	0 = Não realiza 1 = Realiza	∑ Escores Bom = 1 ponto Ruim = 0 pontos	10%	Implantação incipiente ∑ Escores 4,75 pontos ou menos, desde que não obtenha 4 pontos em Assistência
Dimensão Recursos materiais	I4 - Material para procedimento em MTC/ Acupuntura	<i>M6. O município apresenta disponibilidade de agulhas para MTC/ Acupuntura</i>	0 = Nunca possui agulhas 0,25 = Dispõe de agulha às vezes 0,5 = Dispõe de agulha sempre	∑ Escores Bom = 1 ponto Regular = 0,5 ou 0,75 ponto Ruim = 0,25 ponto ou menos	10%	
	I5 - Medicamentos fitoterápicos	<i>M7. O município oferta medicamento fitoterápico em quantidade suficiente</i>	0 = Oferta dois medicamentos fitoterápicos ou menos e em quantidade insuficiente 0,25 = Todas as outras condições 0,5 = Oferta um medicamento fitoterápico ou mais em quantidade suficiente			
Dimensão Gestão	I6 - Educação permanente em PIC para equipe	<i>M8. A gestão do município capacita suas equipes na área das PIC em educação permanente</i>	0 = Não oferta 2 = Oferta	∑ Escores Bom = 2 pontos Ruim = 0 pontos	20%	

Fonte: Elaboração própria

(Conclusão)

3.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no banco de dados dos módulos I e II do PMAQ-AB 2º ciclo 2013, captado através de pesquisador da instituição responsável (UFSC) pela transcrição dos questionários em Santa Catarina. O módulo I contém informações relativas às Unidades Básicas de Saúde e seus insumos e materiais para práticas integrativas e complementares, e o módulo II correspondente à Equipe de Atenção Básica contendo informações sobre a oferta e descrição do serviço de práticas, a oferta de ações de práticas em educação permanente pela gestão, e pela equipe em educação em saúde sobre as PIC, o registro do procedimento de práticas, e atividades em PIC com as equipes. (APÊNDICE A).

Os dados demográficos referentes à população residente de Santa Catarina no ano de 2013 foram coletados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sendo a fonte dos dados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As variáveis selecionadas do PMAQ para elaborar a matriz de avaliação e julgamento e realizar esta avaliação estão apresentadas no quadro 7, a seguir.

Quadro 7. Relação de variáveis do PMAQ-AB 2013 selecionadas para a matriz de avaliação e julgamento, 2015.

Módulo 2 - Entrevista com profissional da Equipe da Atenção Básica		Dimensão IV – Acesso e qualidade da atenção e Organização do processo de trabalho	
Subdimensão 15 – Atenção à saúde – Área específicas			
II.25 Práticas Integrativas e Complementares;			
Indicador	Medidas	Variável do PMAQ-AB	Outra fonte
II - Oferta de PIC	<i>M1. O município oferta uma PIC da PNPIC</i>	II.25.1 II.25.2	Não há
	<i>M2. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC</i>	II.25.2 II.25.2.1 II.25.2.2 II.25.2.3 II.25.2.4 II.25.2.5 II.25.2.6 II.25.2.7	Não há
	<i>M3. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC mais outras PIC</i>	II.25.2 II.25.3 II.25.3.1 II.25.3.2 II.25.3.3 II.25.3.4 II.25.3.5 II.25.3.6 II.25.3.7 II.25.3.8 II.25.3.9 II.25.3.10 II.25.3.11 II.25.3.13 II.25.3.14 II.25.3.15	Não há

(Continua)

I2 - Capilaridade das PIC	<i>M4. Percentual de equipes que ofertam PIC no município (Nº equipes que ofertam PIC/ Nº equipes no município*100)</i>	II.25.1	DATASUS: População residente SC em 2013
I3 - Atividades de educação em saúde em PIC	<i>M5. O município realiza atividade de educação em saúde com as PIC à comunidade</i>	II.25.6	Não há
I6 - Educação permanente em PIC para equipe	<i>M8. A gestão capacita a equipe na área das PIC em educação permanente</i>	II. 25.4	Não há
Módulo 1 - Observação da Unidade Básica de Saúde (UBS)		Dimensão II – Estrutura e condições de funcionamento da UBS	
Subdimensão 3 – Equipamentos, materiais, insumos e impressos na UBS			
I. 17 Insumos para Práticas Integrativas e Complementares			
Indicador	Medida	Variável do PMAQ-AB	Outra fonte
I4 - Material para procedimento em MTC/ Acupuntura	<i>M6. O município apresenta disponibilidade de agulhas para MTC/ Acupuntura</i>	I.17.2	Não há

(Continua)

Subdimensão 5 – Medicamentos Componentes da Farmácia Básica			
I. 18 – Medicamentos Componentes da Farmácia Básica: Medicamentos fitoterápicos			
Indicador	Medida	Variável do PMAQ-AB	Outra fonte
15 - Medicamentos fitoterápicos	<i>M7. O município oferta medicamento fitoterápico em quantidade suficiente</i>	I.22.1	Não há
		I.22.2	
		I.22.2.1	
		I.22.3	
		I.22.3.1	
		I.22.4	
		I.22.4.1	
		I.22.5	
		I.22.5.1	
		I.22.6	
		I.22.6.1	
		I.22.7	
		I.22.7.1	
		I.22.8	
		I.22.8.1	
		I.22.9	
		I.22.9.1	
		I.22.10	
		I.22.10.1	
		I.22.11	
		I.22.11.1	
		I.22.12	
		I.22.12.1	
		I.22.13	
		I.22.13.1	
		I.22.14	
I.22.14.1			
I.22.15			
I.22.15.1			
I.22.16			
I.22.16.1			
I.22.17			
I.22.17.1			

Fonte: Elaboração própria.

(Conclusão)

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

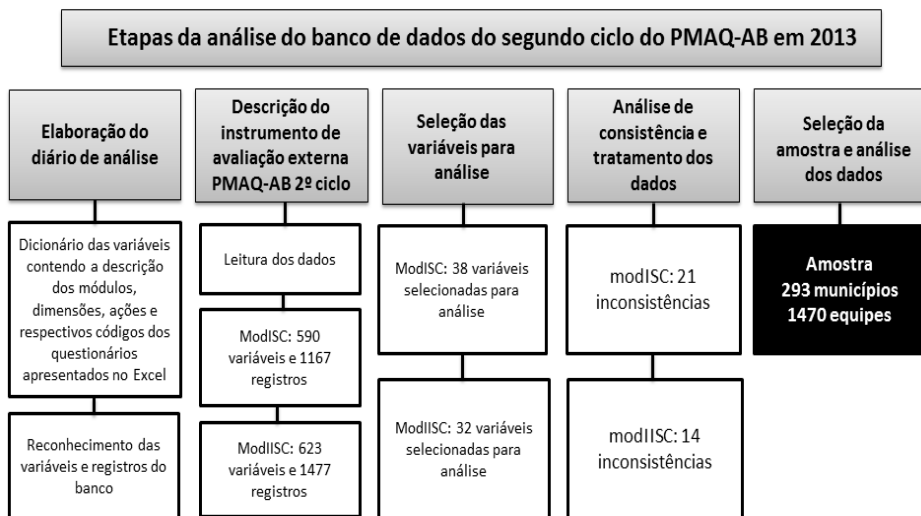
Foram eleitos os municípios catarinenses que no ano de 2013 apresentavam equipes de atenção básica certificadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Santa Catarina. Dos 295 municípios catarinenses existentes, 293 tinham adesão ao PMAQ-AB no ano 2013. Os dois municípios que não haviam aderido são: Balneário Rincão e Pescaria Brava, municípios recém instalados no ano de 2013 e que ainda não possuíam estrutura suficiente nas EAB criadas em setembro do mesmo ano.

As etapas da análise do banco de dados do PMAQ-AB estão apresentadas na figura 3. Para facilitar a análise de dados, foi elaborado um diário de análise do banco de dados do PMAQ-AB 2º ciclo – 2013, contendo: o dicionário das variáveis com a descrição dos módulos do programa, as dimensões presentes no questionário de avaliação externa, as ações referentes às equipes e aos respectivos códigos numéricos relacionados às variáveis selecionadas para este estudo. Foi realizada a descrição do instrumento de avaliação externa do 2º ciclo, apresentando a quantidade dos registros individuais do banco completo e reconhecendo as variáveis selecionadas para o estudo com seus respectivos códigos.

Foram selecionadas as perguntas relacionadas à temática das práticas integrativas e complementares dos módulos I e II, compondo 70 variáveis para análise. Foi realizada análise de consistência e tratamento dos dados, resultando na amostra de 293 municípios e 1470 equipes de atenção básica. As equipes que sofreram alterações estão descritas na correção das inconsistências no Apêndice A.

O conjunto de dados formado pelo banco do PMAQ-AB e sistemas de informações (DATASUS) resultaram no banco de dados que dá origem à avaliação, sendo tabulados e analisados em planilhas do Microsoft Office Excel 2007.

Figura 3. Etapas da análise do banco de dados PMAQ-AB 2º ciclo, 2013



Fonte: Elaboração própria.

Legenda: ModISC: Módulo 1 do PMAQ-AB de Santa Catarina; ModIISC: Módulo 2 do PMAQ-AB de Santa Catarina;

PARTE II - RESULTADOS DO ESTUDO

4 RESULTADOS

De acordo com as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados da dissertação devem ser apresentados sob a forma de artigo científico formatado para submissão em uma revista especializada na área.

Neste trabalho, os resultados estão apresentados em formato de um artigo intitulado “*Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica no estado de Santa Catarina, Brasil*”, formatado para o periódico Cadernos de Saúde Pública, e apresenta os resultados obtidos com a construção e aplicação do modelo de avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares no estado de Santa Catarina.

4.1 ARTIGO PARA APRECIACÃO DO PERIÓDICO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA: Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica no estado de Santa Catarina, Brasil.

Luisa Nuernberg Losso¹
Sérgio Fernando Torres de Freitas²

¹ Naturóloga, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, luisanlosso@gmail.com

² Professor Associado do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFSC, sergiofreitas@ccs.ufsc.br

Avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica no estado de Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Estudo avaliativo, apresenta modelo de avaliação da implantação das PIC na atenção básica, e sua aplicação nos municípios de Santa Catarina. O modelo criado teve por base o banco de dados do PMAQ-AB, normativas do Ministério da Saúde e foi validado por meio de oficina de consenso com especialistas da área de avaliação em saúde e PIC. O modelo contemplou 4 dimensões: Assistência, Recursos humanos, Recursos materiais e Gestão; e 6 indicadores: Oferta de PIC, Capilaridade das PIC, Atividades de educação em saúde em PIC, Material para procedimento em MTC/Acupuntura, Medicamentos fitoterápicos e Educação permanente em PIC. O modelo empírico orientado para a gestão demonstrou viabilidade de aplicação, permitindo avaliar os 293 municípios de SC, classificando-os em graus de implantação: 35 municípios (11,9%) com implantação incipiente, 46 (15,7%) parcialmente implantados, 50 (17,1%) implantados, e apresentou 162 (55,3%) municípios sem oferta de PIC. Estudos futuros poderão avaliar a implantação das PIC nos estados brasileiros, e aprimora-lo partir de ciclos posteriores do PMAQ-AB.

Descritores: Avaliação em Saúde. Terapias Complementares. Medicina Integrativa. Atenção Primária à Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

Evaluation of the implementation of complementary and integrative practices in primary health care in the state of Santa Catarina, Brazil.

ABSTRACT

Evaluative study presented an evaluation model for the implantation of Integrative and Complementary Practices (PIC) in primary care, and applied it in municipalities of Santa Catarina (SC). The making of the model was based in the PMAQ-AB's database, regulations of the Ministry of Health and has been validated by consensus workshop with experts of the assessment area of health and PIC. The model included 4 dimensions: Assistance, Human resources, Material resources and Management, and 6 indicators: PIC's offer, Distribution of PIC, health Health education activities with PIC, Material for Tradicional Chinese Medicine/Acupuncture, Herbal medicines and Permanent education for the team. The empirical model of this research oriented for management was viable and allowed to evaluate the municipalities of the state of SC, classifying them in degrees of implantation: 35 (11,9%) with incipient deployment, 46 (15,7%) partially implemented, 50 (17,1%) implanted, and 162 (55,3%) municipalities without offering PIC. Future studies may evaluate the implementation of the PIC in the Brazilian states, and refines it from subsequent cycles of PMAQ-AB.

Descriptors: Evaluation in Health. Complementary Therapies. Integrative Medicine. Primary health care. Quality, Access and Evaluation of Health Assistance.

La evaluación de la implementación de las prácticas complementarias y de integración en la atención primaria de salud en el estado de Santa Catarina, Brasil.

RESUMEN

Estudio evaluativo presenta modelo de evaluación de la aplicación de la PIC en la atención primaria, y su aplicación en los municipios de Santa Catarina. El modelo se basa en la base de datos PMAQ-AB, regulaciones del Ministerio de Salud y ha sido validado por el taller de consenso con expertos del área de evaluación de la salud y PIC. El modelo incluye 4 dimensiones: La atención, Recursos humanos, Recursos materiales y Gestión; y 6 indicadores: Oferta PIC, Capilaridad de la PIC, Actividades de educación sanitaria, Materiales para la acupuntura, Hierbas medicinales y Educación continua en PIC. El modelo es empírico y orientado para la gestión, demostrando la viabilidad a fin de evaluar los 293 municipios de Santa Catarina, clasificándolos en grados de ejecución: 35 municipios (11,9%) con el despliegue incipiente, 46 (15,7%) aplicado parcialmente, 50 (17,1%) implantado, y 162 (55,3%) municipios sin ofrecer PIC. Los estudios futuros pueden evaluar la aplicación de la PIC en los estados brasileños, y lo refina a partir de los siguientes ciclos de PMAQ-AB.

Descriptor: Evaluación de la Salud. Terapias Complementarias. La medicina integrativa. Atención Primaria de Salud. Calidad, Acceso y Evaluación de Salud.

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) fazem parte de um campo de cuidados em saúde que engloba as racionalidades médicas vitalistas e práticas terapêuticas ditas integrativas e complementares em saúde, também definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa^{1,2}.

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para implantação de ações e serviços relativos às PIC no Sistema Único de Saúde (SUS), em todo território nacional³.

As práticas descritas na PNPIC são representadas por três racionalidades médicas: as medicinas tradicional chinesa, homeopática e antroposófica, e práticas terapêuticas como: a fitoterapia, plantas medicinais, e o termalismo social/crenoterapia. Elas têm por objetivo estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde ampliando a oferta e as opções terapêuticas para um novo modelo de atenção à saúde e cuidado aos usuários do SUS⁴.

As diretrizes e ações da PNPIC estão em convergência com políticas nacionais como da atenção básica, de promoção da saúde, de humanização, de educação popular, de educação permanente, de povos e comunidades tradicionais, dentre outras, cujas interações são recomendadas pelo MS como uma estratégia de ampliação e integração das PIC em diferentes contextos e comunidades, permitindo mais opções terapêuticas aos usuários do SUS⁴.

Com a publicação da PNPIC, o Departamento de Atenção Básica (DAB) foi eleito o órgão responsável pela gestão nacional das PIC, desempenhando o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação⁵.

A PNPIC incentiva a implantação das PIC no âmbito do SUS, mas não define quais ações e recursos são necessários para tal, dificultando a consolidação das mesmas e tornando a sua implantação, frente à estas condições, em um desafio aos gestores públicos em saúde⁵.

Muitos levantamentos têm sido realizados pelo Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica sobre a oferta dos serviços de PIC e sua expansão pelo território brasileiro, mas ainda não foram divulgados indicadores de avaliação deste serviço no SUS, reconhecido pela PNPIC como uma ação de responsabilidade federal³.

Com o intuito de incentivar a melhoria dos serviços de atenção básica em todo o território nacional, em 2011 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incentiva os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população através de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação através da avaliação das equipes de atenção básica (EAB), e oferecimento de gratificações pelo desempenho individual de cada equipe. As PIC são avaliadas pelo PMAQ-AB desde o primeiro ciclo de coleta, como um aspecto de prioridade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reconhecendo o esforço de equipes que tenham empreendido iniciativas que estimulem a ampliação do acesso nos diversos contextos existentes no país^{6,7,8}.

Considerando a existência deste serviço no SUS, a necessidade de avaliar sua implantação e a existência de dados de PIC através do PMAQ-AB, o presente artigo tem como objetivo avaliar o grau de implantação das PIC na atenção básica em Santa Catarina utilizando os dados provenientes da avaliação externa PMAQ-AB no ciclo de 2013.

Metodologia

Esta é uma pesquisa avaliativa de análise de implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na atenção básica nos municípios catarinenses, com base na análise de normativas do Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica, por meio de dados secundários. O critério utilizado nesta avaliação é o da eficácia, no que busca identificar se as recomendações para implantação propostas estão sendo implementadas conforme preconizado pelas instâncias superiores (MS e DAB), alcançando as metas propostas.

Os dados são referentes ao banco da avaliação externa do PMAQ-AB em 2013 em Santa Catarina, cuja coleta foi realizada em parceria do Ministério da Saúde com instituições de ensino e pesquisa do Brasil. A população residente de Santa Catarina no ano de 2013 foi coletada no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sendo a fonte dos dados o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A amostra contemplou 1470 equipes, correspondentes a 293 municípios de Santa Catarina. Embora o PMAQ tenha coletado dados por adesão voluntária é importante destacar que Santa Catarina foi o que

mais aderiu: Foram 91,2% das EAB localizadas na totalidade dos municípios do estado.⁹

O estado de Santa Catarina está localizado na região sul do Brasil e apresenta a estimativa populacional de residentes de 6.634.254 habitantes para o ano de 2013, conforme IBGE, distribuídos de forma heterogênea nos 295 municípios, alocados em nove macrorregiões de saúde. Apresenta 229 municípios até 20 mil habitantes, sendo caracterizado pela prevalência de pequenos municípios (78%)¹³.

Os dados do DAB consideraram a existência de 293 municípios no ano de 2013, porque dois municípios foram criados no final deste ano e não apresentavam estrutura própria de saúde instalada no momento da coleta de dados com as equipes.

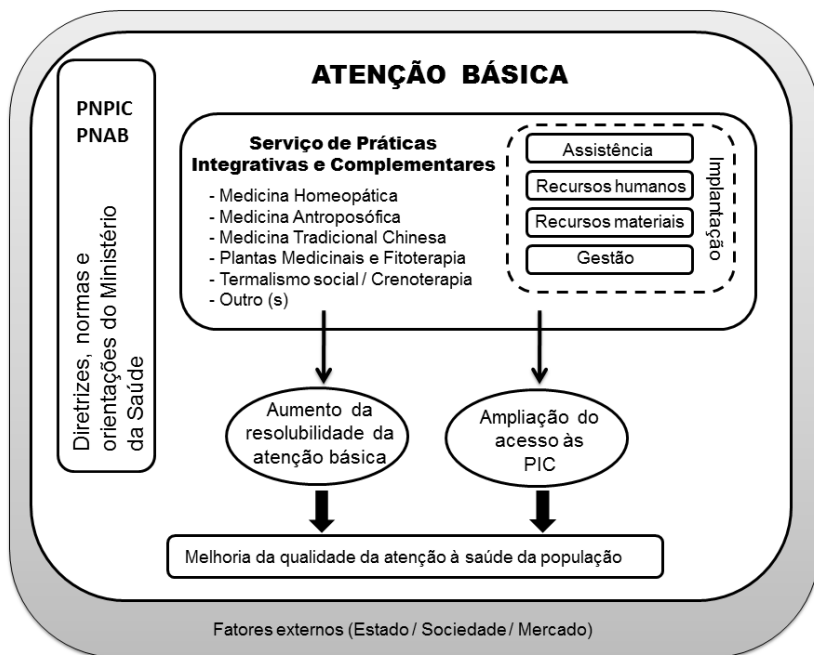
As informações selecionadas foram retiradas de dois módulos do PMAQ-AB, na área específica de PIC. O Módulo I contém informações relativas às Unidades Básicas de Saúde e seus insumos e materiais para PIC; e o Módulo II correspondente à equipe de atenção básica apresenta informações sobre a oferta e descrição do serviço de PIC, ações das equipes em educação popular com a comunidade, e o desenvolvimento de ações de educação permanente pela gestão.

Foi realizada análise de consistência dos dados, o que permitiu a identificação de erros ou duplicação de casos, reconhecidos pela presença de mais de dois registros com a mesma informação nas equipes, sendo realizadas as devidas correções.

O banco de dados formado pelas variáveis do PMAQ-AB e dos sistemas de informações (DATASUS) foram apresentados e analisados no programa Microsoft Office Excel 2007®.

Foi elaborado um modelo avaliativo que permitisse avaliar a implantação das PIC na atenção básica. A construção deste modelo foi realizada a partir de: levantamento do referencial teórico; da fundamentação nas normativas; da oficina de consenso; e do instrumento de avaliação externa no PMAQ-AB, que orientou a elaboração do modelo teórico-lógico da implantação das PIC na atenção básica apresentado na Figura 1.

Figura 1. Modelo teórico-lógico da implantação das PIC na atenção básica.



Fonte: Elaboração própria.

Segundo Hartz e outros (1997) para a construção de um modelo teórico existem fatores importantes a serem analisados, incluindo dimensões macro e microexplicativas. Estas compõem a micro e macroteoria de um objeto, sendo a primeira relacionada à normas, aspectos estruturais e operacionais; e a outra detalha o contexto de implantação do objeto, com os fatores organizacionais e sociopolíticos que favorecem ou inibem o sucesso da implantação.¹¹

Neste sentido, a figura 1 está apresentada sob um contexto de determinantes sociais, econômicos, e políticos que influenciam na existência do modelo. Ele está implicado em fatores externos que se traduzem pela variedade de interesses e a permanente negociação entre as lógicas do Estado (que normatiza e regula), Sociedade (que financia), e Mercado (que produz e oferta os serviços). Reconhece-se também que o modelo está inserido em um ambiente de políticas públicas, onde se

disputam diferentes interesses, modelos de atenção e de cuidado.^{15,16} Ressalta-se que este modelo é orientado para a gestão, considerando que o gestor é quem possui maior governabilidade para o processo de implantação, organização, estruturação e funcionamento dos serviços no setor saúde.

Os principais documentos que fundamentaram a consolidação do modelo teórico-lógico foram a *Portaria GM nº 2488/11 – PNAB*⁸, *Portaria GM nº 971/2006 – PNPIC*³, *Portaria SAS Nº 853/2006 – que cria o serviço de PIC no SUS e o inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES*¹⁴. O modelo apresenta o serviço de PIC definido pela PNPIC, por três sistemas médicos complexos de racionalidades vitalistas: a medicina tradicional chinesa, a medicina homeopática e a medicina antroposófica, e duas práticas terapêuticas ditas complementares e integrativas em saúde: a fitoterapia e plantas medicinais, e o termalismo social/crenoterapia.

Considerou-se que para sua implantação na atenção básica o serviço das PIC deva ser avaliado em quatro dimensões: Assistência, Recursos humanos, Recursos materiais e Gestão. A dimensão “assistência” corresponde às ações de atenção à saúde na área de PIC e faz referência à oferta e distribuição do serviço de PIC no município; a dimensão “recursos humanos” contempla o desenvolvimento de ações de educação popular em saúde com as PIC tendo em vista ações das equipes com a comunidade; a dimensão “recursos materiais” dispõe sobre os materiais e insumos para o atendimento clínico na área e tem a finalidade de avaliar a disponibilidade destes materiais nos municípios; e a dimensão “gestão” corresponde à responsabilidade da gestão municipal em investir na capacitação dos profissionais na área de PIC, ofertando educação continuada na forma de educação permanente, tendo em vista o aprimoramento para o trabalho.

A seleção de indicadores fez-se por meio das normativas, do instrumento de avaliação externa no PMAQ-AB, e validados em oficina de consenso com os especialistas, na forma de comitê tradicional, onde foram feitas pactuações entre especialistas das áreas de avaliação em saúde e PIC, tendo por objetivo validar os indicadores e medidas, dando maior legitimidade ao modelo avaliativo elaborado¹⁵.

O encontro foi realizado nas dependências da UFSC, em setembro de 2015, com duração de 3 horas, contando com a participação de 6 integrantes, incluídos os 2 pesquisadores responsáveis, com

experiências notórias sobre o tema de pesquisa, avaliação em saúde e no instrumento do PMAQ-AB.

Foi entregue previamente aos participantes o material composto pelo modelo teórico-lógico e matriz avaliativa contendo o julgamento dos indicadores, dimensões e de implantação. Ao final de cada instrumento, constava um quadro para preenchimento de escala de concordância e observações para o juízo de valor de cada participante. Ainda acompanhava informações, como o dicionário das variáveis e o *rationale* das dimensões.

O modelo teórico-lógico foi discutido durante a oficina e não sofreu alterações substanciais, mas foi solicitado o detalhamento de alguns elementos, como a apresentação na ilustração das principais políticas orientadoras do processo de implantação das PIC, e a descrição dos resultados com a implantação do serviço de PIC, dando ênfase no aumento da resolubilidade na atenção básica e da ampliação do acesso às PIC.

A oficina seguiu com a discussão da matriz avaliativa, que resultou em alterações da matriz. As dimensões foram mantidas, o número de indicadores foi diminuído de dez para seis, houve adição de medidas, e alteração no peso do julgamento das dimensões. Nestes casos, estas contribuições foram incorporadas ao modelo final.

Os dados utilizados no estudo são de domínio público, não tendo sido necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Desenvolvimento da matriz de avaliação e julgamento

O modelo final da matriz avaliativa, definido na oficina de consenso, comporta quatro dimensões, seis indicadores, oito medidas, e seus respectivos parâmetros de julgamento para cada indicador e dimensão (Quadro 1), que permitiram formular um modelo de classificação para juízo de implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica (Figura 2). O consenso entre os especialistas foi necessário para definir parâmetros e medidas, visto que não há normativa que estabeleça valores padrão, considerando-o um modelo empírico.

Quadro 1. Matriz avaliativa com descrição das variáveis, medidas e parâmetros para a classificação dos municípios quanto a implantação das PIC na atenção básica. (Continua)

	Indicador	Medida	JUÍZO			
			Pontuação do indicador	Parâmetro da dimensão	Peso da dimensão	Implantação
Dimensão Assistência	I1 - Oferta de PIC	<p><i>M1. O município oferta uma PIC da PNPIC</i></p> <p><i>M2. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC</i></p> <p><i>M3. O município oferta mais de uma PIC da PNPIC mais outras PIC</i></p>	<p>0 = nenhuma</p> <p>1 = uma PIC da PNPIC</p> <p>2 = mais de uma PIC da PNPIC</p> <p>3 = mais de uma PIC da PNPIC com uma não prevista na política</p>	<p>\sum Escores</p> <p>Bom = 6 a 4 pontos</p> <p>Regular = 3 ou 2 pontos</p> <p>Ruim = 1 ou 0 pontos</p>	60%	<p>Implantado</p> <p>\sum Escores</p> <p>7 pontos ou mais, dos quais 4 em Assistência</p>
	I2 - Capilaridade das PIC	<p><i>M4. Percentual de equipes que ofertam PIC no município (Nº equipes que ofertam PIC/ Nº equipes no município*100)</i></p>	<p>0 = Abaixo de 25%</p> <p>1 = 25% a 50%</p> <p>2 = 50,5% a 99,5%</p> <p>3 = 100%</p>			<p>Parcialmente implantado</p> <p>\sum Escores</p> <p>5 a 6,75 pontos</p>

Dimensão Recursos humanos	I3 - Atividades de educação em saúde em PIC	<i>M5. O município realiza atividade de educação em saúde com as PIC à comunidade</i>	0 = Não realiza 1 = Realiza	∑ Escores Bom = 1 ponto Ruim = 0 pontos	10%	Implantação incipiente ∑ Escores 4,75 pontos ou menos, desde que não obtenha 4 pontos em Assistência
Dimensão Recursos materiais	I4 - Material para procedimento em MTC/ Acupuntura	<i>M6. O município apresenta disponibilidade de agulhas para MTC/ Acupuntura</i>	0 = Nunca possui agulhas 0,25 = Dispõe de agulha às vezes 0,5 = Dispõe de agulha sempre	∑ Escores Bom = 1 ponto Regular = 0,5 ou 0,75 ponto Ruim = 0,25 ponto ou menos	10%	
	I5 - Medicamentos fitoterápicos	<i>M7. O município oferta medicamento fitoterápico em quantidade suficiente</i>	0 = Oferta dois medicamentos fitoterápicos ou menos e em quantidade insuficiente 0,25 = Todas as outras condições 0,5 = Oferta um medicamento fitoterápico ou mais em quantidade suficiente			
Dimensão Gestão	I6 - Educação permanente em PIC para equipe	<i>M8. A gestão do município capacita suas equipes na área das PIC em educação permanente</i>	0 = Não oferta 2 = Oferta	∑ Escores Bom = 2 pontos Ruim = 0 pontos	20%	

Fonte: Elaboração própria.

No Quadro 1 observam-se os componentes das dimensões Assistência, Recursos humanos, Recursos materiais e Gestão. A dimensão “Assistência” refere-se à oferta e distribuição do serviço de práticas integrativas e complementares no município. Essa dimensão apresenta dois indicadores: (1) *Oferta de PIC* – avalia a existência do serviço de PIC nos municípios através das PIC registradas na portaria GM/MS nº 853/2006¹⁴ que permite que o registo de sete classificações estabelecidas na PNPIC, e também avalia a existência de outras PIC não contempladas na portaria 971/2006³ - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; (2) *Capilaridade das PIC* – que pressupõe o percentual ideal de equipes que ofertam PIC no município, identificando assim a capilaridade e abrangência dos serviços pelo município.

A dimensão “Recursos humanos” (Quadro 1) propõe a análise das equipes da atenção básica e seu desenvolvimento enquanto equipes capacitadas e ampliadas para realizar diferentes ações na área de PIC no município, apresentando um indicador: (1) *Atividades de educação em saúde em PIC* - avalia a realização destas atividades na área de PIC desenvolvidas pelas equipes com a comunidade, no município.

A dimensão “Recursos materiais” (Quadro 1) dispõe sobre os materiais e insumos necessários para atendimento e procedimentos com as PIC, contemplando dois indicadores. Estes indicadores definem o mínimo necessário, em termos de recursos materiais, para que se exerça duas das PIC mais comumente ofertadas no SUS: (1) *Material para procedimento em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura* - verifica a disponibilidade de materiais para a realização de acupuntura, considerando que o material essencial e indispensável são as agulhas filiformes descartáveis¹⁴; (2) *Medicamentos fitoterápicos* – avalia a disponibilidade do medicamento fitoterápico em quantidade suficiente no município, como fixado na RENAME¹⁶.

A dimensão “Gestão” (Quadro 1) compreende o compromisso do gestor municipal com a capacitação da equipe, apresentando um indicador: (1) *Educação permanente em PIC para equipe* – que avalia a oferta de educação permanente pelo gestor, identificando o compromisso com a capacitação profissional na área de práticas integrativas e complementares.

Quanto à etapa de agregação para obtenção dos valores dos municípios, as medidas foram calculadas a partir de duas possibilidades, que dependiam da existência de uma ou mais equipes em cada município: (1) Quando existe uma única equipe, o cálculo da medida do

critério é igual à medida do indicador; (2) Quando há mais de uma equipe no município, a medida do critério é calculada a partir do maior valor da equipe, ou seja, a melhor experiência em PIC, que apresentasse a melhor condição para o município. Concluindo, se pelo menos uma equipe do município apresentasse as condições mínimas estabelecidas como ideais a partir dos parâmetros do modelo avaliativo elaborado, ele seria bem avaliado, mesmo que suas outras equipes apresentassem menor pontuação. O único indicador que diferencia os municípios pela quantidade de equipes é o indicador de Capilaridade das PIC, no qual calcula o percentual de equipes que ofertam PIC no município.

A partir da matriz avaliativa, foi possível criar um julgamento para implantação das PIC na atenção básica no ano de 2013, classificando os municípios em graus de implantação, conforme apresentado na Figura 2. As dimensões apresentaram pesos diferentes, sendo a dimensão Assistência com 60%, a dimensão Recursos Humanos e Recursos Materiais com 10% cada uma e a dimensão Gestão com 20%. A agregação dos escores permitiu classificar os municípios com o seguinte juízo de implantação:

- **Implantado:** Com alto grau de implantação os municípios que apresentarem escore final de 7 ou mais, desde que obtenham escore 4 na dimensão Assistência;

- **Parcialmente implantado:** Com médio grau de implantação, os municípios que apresentarem escores de 5 a 6,75;

- **Implantação incipiente:** Com baixo grau de implantação, os municípios que apresentarem escores iguais ou menor que 4,75, desde que não obtenham escore 4 na dimensão Assistência, neste caso serão realocados para o juízo “parcialmente implantado”.

Convém ressaltar que apenas as dimensões Assistência e Recursos materiais foram avaliadas segundo os juízos de valor Ruim, Regular e Bom. As demais, Recursos humanos e Gestão, foram avaliadas em Ruim ou Bom.

Resultados e discussão

Os resultados e a discussão, apresentados a seguir, estão organizados por dimensões e classificação final dos municípios catarinenses quanto à implantação das PIC na atenção básica catarinense.

Aplicabilidade do modelo de avaliação

Das 1470 equipes avaliadas, 428 (29,1%) equipes ofertavam alguma PIC. Dos 293 municípios, 131 (44,7%) ofertavam alguma PIC contemplada na PNPIC; dentre eles, 85 ofertavam outras PIC não contempladas na política. Das práticas previstas na PNPIC, são ofertadas pelos municípios: plantas medicinais/fitoterapia (42,1%); seguida de acupuntura (17,7%); homeopatia (16,3%); auriculoterapia (12,4%); práticas corporais (7,7%); termalismo social (2,4%), e antroposofia (1,4%). Dentre as práticas não previstas na PNPIC, estão a (22,6%) terapia comunitária; musicoterapia (11,3%); shantala (9,9%); (8,0%) municípios que ofertam do in/shiatshu/massoterapia/reflexoterapia e com o mesmo percentual (8,0%) que ofertam arteterapia; (6,6%) ofertam florais; (6,1%) municípios ofertam o mesmo percentual de yoga e dança circular; (4,7%) municípios ofertam naturologia; (3,8%) municípios ofertam o mesmo percentual de biodança e geoterapia; municípios (1,4%) ofertam o mesmo percentual de ayurveda e talassoterapia, e (0,9%) municípios ofertam o sistema rio aberto.

Um estudo¹⁷ demonstrou uma grande limitação na mensuração e avaliação das PIC associada aos sistemas de informação atuais, os quais não permitem o registro adequado dessas práticas. Um fator positivo da avaliação externa do PMAQ-AB é que ela permite identificar a oferta de outras práticas não contempladas na PNPIC.

Optou-se por desenvolver a análise das dimensões sobre do juízo de valor desta avaliação considerando o porte populacional dos municípios de SC, classificados em quatro estratos: até 5.000 habitantes (hab.); 5.001 a 20.000 hab.; de 20.001 até 50.000 hab.; e mais de 50.000 hab. Estes estratos permitiram comparações tanto com a classificação do IBGE (municípios de pequeno, médio e grande porte) como com outros estudos com dados do PMAQ-AB. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de municípios segundo porte, dimensão de análise e juízo de valor na avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina, Brasil, 2013.

Classificação	Ruim		Regular		Bom	
	n	%	n	%	n	%
Assistência						
≤ 5 mil hab (n= 35)	0	0,0	1	2,9	34	97,1
5- 20 mil hab (n= 48)	5	10,4	18	37,5	25	52,1
20- 50 mil hab (n= 25)	4	16,0	11	44,0	10	40,0
> 50 mil hab (n= 23)	4	17,4	10	43,5	9	39,1
Total	14	10,7	40	30,5	77	58,8
Recursos humanos*						
≤ 5 mil hab (n= 35)	8	22,9	-	-	27	77,1
5- 20 mil hab (n= 48)	11	22,9	-	-	37	77,1
20- 50 mil hab (n= 25)	3	12,0	-	-	22	88,0
> 50 mil hab (n= 23)	3	13,0	-	-	20	87,0
Total	26	19,9			105	80,1
Recursos materiais						
≤ 5 mil hab (n= 35)	9	25,7	22	62,9	4	11,4
5- 20 mil hab (n= 48)	28	58,3	18	37,5	2	4,2
20- 50 mil hab (n= 25)	9	36,0	16	64,0	0	0,0
> 50 mil hab (n= 23)	11	47,8	8	34,8	4	17,4
Total	57	43,5	64	48,9	10	7,6
Gestão*						
≤ 5 mil hab (n= 35)	17	48,6	-	-	18	51,4
5- 20 mil hab (n= 48)	21	43,8	-	-	27	56,3
20- 50 mil hab (n= 25)	12	48,0	-	-	13	52,0
> 50 mil hab (n= 23)	9	39,1	-	-	14	60,9
Total	59	45,0			72	55,0

Fonte: Elaboração própria.

*As dimensões RH e gestão possuíam respostas dicotômicas.

A tabela 1 apresenta um perfil dos 131 municípios catarinenses que foram avaliados e apresentam alguma PIC contemplada na PNPIC, permitindo a análise segundo o juízo de valor das dimensões.

Os dados demonstraram que a dimensão “assistência” apresentou a maioria dos municípios com classificação “bom” (58,8%), com destaque para os municípios com menos de 5 mil habitantes. De uma maneira geral os municípios até cinco mil habitantes apresentaram bons indicadores, com a possibilidade de terem sido privilegiados na dimensão Assistência, por possuir o peso maior no julgamento. Deve-se

levar em consideração que o que foi pactuado, era que esta avaliação valorizasse qualquer experiência em PIC, e penalizasse os que não tinham condições mínimas para serem considerados implantados. Quanto à análise do porte populacional nesta dimensão e o indicador de capilaridade das PIC, foi identificado que alguns municípios com mais de cinquenta mil habitantes que receberam pontuação baixa neste indicador, não apresentavam condições mínimas de cobertura populacional com as EAB que possuíam, refletindo no juízo do próprio indicador. Estes casos foram analisados separadamente, e a decisão foi manter os parâmetros de avaliação.

Em pesquisas de análise da oferta de serviços na AB, uma das diferenças encontradas entre os municípios, é a relação de porte populacional e sua localidade. Municípios pequenos e localizados em áreas remotas, demonstraram que a gestão municipal, em condições isoladas, tem dificuldade de responder pelo conjunto de ações estipulados pela PNAB⁸. Diferente de municípios de grande porte que possuem um apoiador institucional da gestão, facilitando uma maior disponibilidade de recursos a nível organizacional, político-institucional e financeiro^{18,19}.

Estes resultados convergem para a necessidade de políticas e ações voltadas para os municípios de pequeno porte, considerando que se estes apresentassem condições favoráveis para a execução de ações na AB, contribuiriam para a consolidação de um atendimento de qualidade e resolutivo para as EAB¹⁸.

A dimensão recursos materiais foi considerada na maioria dos municípios como “regular” e “ruim”, somando 92,4% das avaliações. Os indicadores de recursos materiais apresentaram em sua grande maioria o juízo “regular”, refletindo que o provimento dos medicamentos fitoterápicos e insumos estratégicos para MTC/Acupuntura possa apresentar deficiências na oferta regular, o que reflete na ação diária dos profissionais da atenção básica, dificultando a ampliação do acesso às PIC pelos usuários do SUS.

Outro estudo que investigou gestores e profissionais de saúde sobre a implantação das PIC no SUS, identificou dificuldades no fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC, se constituindo um grande problema na UBS²⁰

As dimensões de recursos humanos (80,1%) e gestão (55%) foram bem avaliadas. Estes resultados, embora sem associações diretas, sugerem que outros fatores sejam pontuados, como a análise da motivação dos profissionais. Se constatou a partir do juízo diferenciado

entre eles, que mesmo sendo dimensões que avaliam a capacitação profissional em PIC, a oferta de educação permanente pela gestão não pode somente ser associada com a qualificação dos profissionais que realizam atividades de educação em saúde em PIC com a comunidade, pois pode também caracterizar o esforço singular dos profissionais pela sua auto capacitação. A avaliação destas dimensões também parece não ser influenciada pelo porte dos municípios, o que requer outras análises e pesquisas na área.

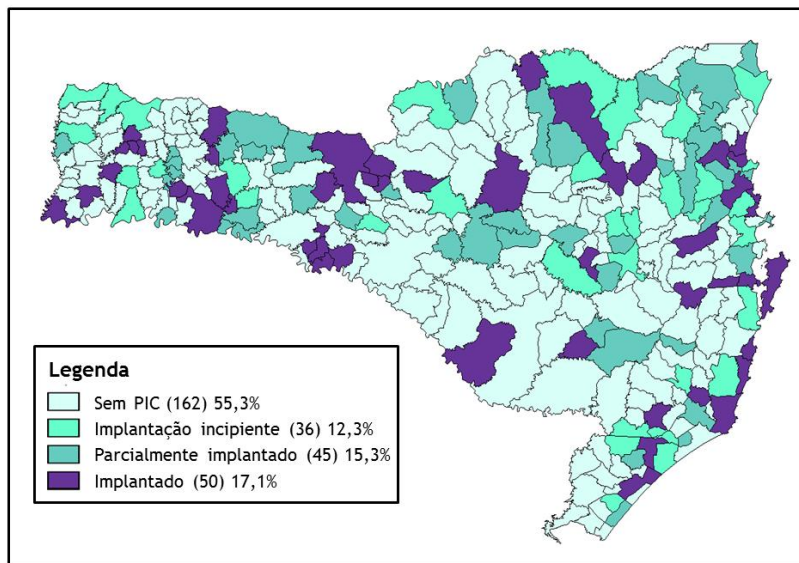
A literatura descreve que no Brasil, embora haja um compartilhamento de responsabilidades entre os três entes da federação quanto à gestão e financiamento da Atenção Básica, cada município tem autonomia para realizar as ações de saúde em seu território, inclusive sobre as decisões relativas aos recursos humanos, de contratação, formação e capacitação, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica⁸. Neste sentido, a ausência ou insuficiência de incentivos para a qualificação profissional pode contribuir para a desmotivação dos profissionais na AB¹⁸.

Pesquisas demonstram a relevância da gestão em investir em iniciativas de educação permanente que fortaleçam a participação e o comprometimento dos profissionais aliados aos interesses e necessidades demandados pelos trabalhadores de cada território. Este apontamento entra em consonância com os dados já apresentados, demonstrando a importância de se continuar empenhando esforços já existentes nas ações de educação permanente na área de PIC pelas equipes catarinenses^{18,21}.

A oferta de educação permanente é uma ferramenta potente de gestão do trabalho, que valoriza o trabalhador e qualifica o seu processo de trabalho. Destacam-se iniciativas de educação permanente, que associam as intervenções nos territórios e também as discussões entre suas equipes, com o aumento da chance de melhor certificação das EAB pelo PMAQ-AB^{18,21}.

Classificação final dos municípios

Figura 2. Mapa dos municípios avaliados segundo grau de implantação das PIC em Santa Catarina, 2013.



A figura 2 demonstra que a maioria dos municípios de SC (55,3%) ainda não oferece PIC em seus territórios. Analisando entre os 131 que foram avaliados e apresentaram baixo, médio e alto grau de implantação, 50 (38,2%) apresentaram a maior quantidade de municípios com o juízo “implantado” ou seja, com alto grau de implantação.

Também foi possível identificar no mapa que a implantação das PIC está distribuída pelo estado de forma heterogênea, não apresentando tendências geográficas específicas, apesar de alguns municípios vizinhos apresentarem o contexto de implantação similar, o que pode caracterizar a influência das experiências pela proximidade dos locais.

Tabela 2. Distribuição dos municípios segundo a classificação geral para a implantação e população potencialmente coberta pelas práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina.

Classificação	Sem PIC		Implantação incipiente		Parcialmente implantado		Implantado	
	n	%	n	%	n	%	N	%
População								
≤ 5 mil hab (n=105)	70	66,7	1	1,0	14	13,3	20	19,0
5-20 mil hab (n=124)	76	61,3	15	12,1	19	15,3	14	11,3
20-50 mil hab (n= 37)	12	32,4	11	29,7	6	16,2	8	21,6
> 50 mil hab (n= 27)	4	14,8	8	29,6	7	25,9	8	29,6
Total (n= 293)	162	55,3	35	11,9	46	15,7	50	17,1
População potencialmente coberta (n=6.612.939)	1.649.998	25,0	1.238.285	18,7	1.760.519	26,6	1.964.137	29,7

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 2 apresenta os resultados dos graus de implantação das PIC por porte populacional dos municípios. Quando considerados apenas os municípios que ofertam PIC, aqueles com menos de cinco mil habitantes apresentam os melhores resultados – alto grau de implantação em 20 dos 35 municípios.

Quanto a análise da classificação geral para implantação e população potencialmente coberta pelas PIC apresentada também na tabela 2, temos que 1.964.137 (29,7%) da população está com as PIC implantadas em seus territórios, compondo o maior percentual. E somando os juízos de “implantado” e “parcialmente implantado” as PIC tem cobertura populacional estimada de 3.724.656 (56,3%) do estado de Santa Catarina, representando que a maioria da população do estado possui acesso às PIC.

Estudos demonstram fatores que possam ter não contribuído para a implantação de experiências em PIC: como a homeopatia, associando motivos do desconhecimento do gestor sobre a PNPIC e racionalidade médica homeopática; a ausência de financiamento específico de uma política nacional, para o gestor municipal implementar e manter os serviços, sendo as iniciativas existentes limitadas e descritas pelo apoio financeiro do gestor local. Apesar destes fatores, destaca-se que este processo de implantação vem ocorrendo independentemente da gestão do SUS promover a capacitação e contratação de profissionais habilitados em PIC, sendo associado à um fenômeno social que precede e transcende o âmbito das políticas públicas^{17,20,22,23}.

Para que o gestor municipal viabilize a implantação de ações e serviços em PIC, é necessário um planejamento administrativo, político e institucional, junto aos profissionais e sociedade civil, sustentado na gestão participativa, na apropriação democrática dos instrumentos de gestão e atenção às especificidades loco regionais. Ainda é necessário reconhecer que este processo de implantação prevê algumas fases: pactuação do núcleo responsável; mapeamento dos profissionais capacitados existentes; regulamentação e legitimação através de trâmites e normas legais; desenvolvimento de atividades de tutorias e atividades de educação permanente^{23,24}.

Importante destacar que para a efetiva implantação, é necessário superar a ciclicidade da mudança dos governantes, o que impede a continuidade das ações em PIC. Para isso é necessário promover uma mudança cultural, afim de legitimar socialmente as PIC.

Sob um eixo fundamental da lógica de pensamentos que deram origem a este modelo de atenção em que as PIC estão inseridas, parte-se

de algumas reflexões e constatações: As PIC promovem uma mudança no olhar sobre o indivíduo e o seu processo saúde–doença, se apresentando além de uma prática de cuidado, mas uma mudança de modelo assistencial hegemônico em saúde, que muitas vezes exclui outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas; a acentuação da autonomia do usuário, promovendo autocuidado; a afirmação de um saber que tem como categoria central a saúde e não a doença, traduzindo o cuidado não ao ato da assistência às doenças, mas para a atenção à promoção da saúde das pessoas e coletividades; o potencial desmedicalizante da vida, desapropriando o processo de normalização impostos pelo modelo biomédico e constante medicalização pelas indústrias farmacêuticas, trazendo uma visão integrada da pessoa, e não de suas partes²³⁻²⁷.

Considerações finais

A análise realizada permitiu avaliar os municípios pesquisados do estado de Santa Catarina quanto à implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica. Apresentando um resultado de implantação expressivo, com diferenças entre os municípios e seus portes populacionais, considerando que a maioria da população do estado possui acesso às PIC, com 56,3% do estado com as PIC implantadas ou parcialmente implantadas.

Considera-se que o modelo proposto demonstrou viabilidade de aplicação para municípios de diferentes portes populacionais, e o conjunto de indicadores foi considerado adequado para a avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica, através de dados secundários. Os dados coletados permitiram gerar as informações necessárias para a avaliação, mas foram considerados limitantes pela impossibilidade da elaboração de alguns indicadores que avaliassem outras características consideradas importantes para implantação, como características de profissionais e tipos de equipe, outros insumos para PIC, financiamento, entre outros.

Quanto à análise do alcance das metas propostas das recomendações para implantação pelas instâncias superiores (MS e DAB), identificou-se insuficiências: os códigos de classificação de PIC existentes pela portaria nº 853/2006 são inadequados para demonstrar a realidade dos municípios, que apresentam a oferta de outras PIC não estabelecidas na PNPIC, demonstrando uma subnotificação da oferta deste serviço.

Mas também identificou-se avanços através das diretrizes da PNPIC: a implantação das PIC no território catarinense está avançada, pois os indicadores da dimensão assistência, de uma maneira geral, foram responsáveis pela grande quantidade de juízos “bom”, refletindo que as equipes de atenção básica estão em busca de capacitação na área e ofertam as PIC para a população em seus territórios, auxiliando o acesso dos usuários do SUS à este novo modelo de atenção à saúde.

Deve-se ressaltar também a provável interferência dos contextos locais na implantação das práticas integrativas e complementares, o que neste estudo não foi possível identificar, não sendo o foco deste trabalho. Sugerem-se pesquisas futuras para aprofundamento dessas questões, que possam responder as inquietações dos dados levantados.

Considera-se que para ampliar a implantação das PIC na atenção básica, a gestão federal deve assumir de fato a PNPIC como uma política de Estado, garantindo recursos financeiros para sua atuação no SUS, permitindo que o esforço das equipes que ofertam PIC transformem-se em experiências mais exitosas, não sendo apenas uma política focal e isolada.

A avaliação da atenção básica, no âmbito do PMAQ-AB, possibilita reconhecer as características das EAB e suas ações nesse nível de atenção. Ainda que possa ser considerado um programa novo e em fase de expansão, ele deve ser assumido e institucionalizado por alguns potenciais: o reconhecimento de que as PIC fazem parte de um componente importante de qualidade para a atenção básica a partir do monitoramento das equipes que tenham iniciativas em PIC nos diversos contextos do Brasil, contribuindo para uma pluralidade de escolhas terapêuticas de cuidados em saúde; o levantamento do importante lugar da institucionalização da avaliação na atenção básica, não como um componente penalizador, mas sim como uma estratégia de indução da melhoria de indicadores assistenciais, estruturais e gerenciais em todo território nacional; e assumi-lo como um importante instrumento de coleta de dados, com o potencial para subsidiar a tomada de decisão da gestão para a garantia da atenção integral e universal aos usuários do SUS.

É preciso levantar também algumas deficiências do programa: as PIC são avaliadas no PMAQ-AB, mas as equipes não são remuneradas por realiza-las; as informações derivadas do banco de dados correspondem ao conjunto de EAB que aderiram voluntariamente ao programa, pressupondo um viés de seleção com uma tendência da acentuação da positividade das respostas das equipes, por se tratar de

uma coleta de dados que alia o resultado do desempenho das equipes para fins de transferências financeiras; e o repasse não prevê um sistema de recompensas que atinja diretamente o trabalhador das EAB.

Em conclusão, os resultados desta pesquisa sugerem diversos caminhos para o aprimoramento das PIC. Estudos futuros poderão avaliar a implantação das práticas integrativas e complementares em diferentes estados brasileiros, e também aprimorar o modelo avaliativo a partir de propostas mais recentes de ciclos posteriores do PMAQ-AB. Este registro pode ser o início de um processo consistente de avaliação e contínuo aperfeiçoamento da forma de organização das práticas integrativas e complementares no âmbito do sistema de saúde brasileiro.

Colaboradores

LN Losso foi responsável pela coleta de dados e realização da revisão de literatura. LN Losso e SFT Freitas delinearão o estudo, analisaram os dados, escreveram o artigo e fizeram a revisão final do artigo.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica pelos dados desta pesquisa. Ao professor Fúlvio Nedel pelo auxílio na coleta do banco de dados, e análises iniciais.

Referências

1. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013 Dez;18(12): 3595-3604.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en. (acesso em 15/Out/2015)

2. World Health Organization. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Genebra: World Health Organization; 2013. 92p.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; *Diário Oficial da União* 2006; 04 maio.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpic_publicacao.pdf (acessado em 10/Mai/2015)

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Cavalcanti F, Amado D, Asquidamini F, Rocha PRS, Sá RM, Campos TP. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: Barreto AF, organizador. Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: Editora UFPE; 2014. Cap. 8, p. 139-153.
6. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Estado Santa Catarina. Competência: Janeiro de 2013 a Dezembro de 2013. http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php (acessado em 17/Nov/2015).

10. Departamento de Informática do SUS. População residente. Estimativas para o TCU Santa Catarina, 2013.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptsc.def>
(acessado em 17/Nov/2015).
11. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do Programa Materno Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 89-131.
12. Contandriopoulos, AP. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. Saúde em Debate, nº 49-50, dez. 95/mar. 96. p. 53-64. Disponível em:
http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.49&pesq=contandriopoulos&x=0&y=0
13. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2009 Jun; 14(3):753-762. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300011&lng=en>
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006. Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1; 2006; 18nov.
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06.Pdf
(acessado em: 10/Set/2014).
15. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-64.

16. Ministério da Saúde. Portaria nº 533/2012 que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), incluiu 12 medicamentos fitoterápicos, além de toda a farmacopeia homeopática brasileira, possibilitando o uso do componente da Assistência Farmacêutica Básica para aquisição e utilização destes medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1;2012, 3 maio.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html (acessado em: 10/Ago/2015)
17. Sousa IMC de, 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; 28(11): 2143-2154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en.
18. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. In: Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 94-108, out 2014
19. Fausto MCR; Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H; Gagno JA. Posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. In: Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 13-33, Out 2014.
20. Ischkanian PC, Focesi MC. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum ;22(2):233-238, 2012.
21. Sobrinho F, *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. In: Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 38, N. Especial, P. 109-123, Out 2014.
22. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. Ciênc. saúde coletiva [Internet].

2013 Jan; 18(1): 213-220. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=pt.

23. 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; 17(11): 3011-3024. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en.

24. Barreto JA, Nunes JG, Aroucha EBL. Um olhar trimembrado sobre a implantação de serviços de práticas integrativas e complementares em saúde. In: Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação /Organizador: Alexandre Franca Barreto. – Recife: Editora UFPE, 2014. P. 155-174.

25. Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008. Nov; 24(11): 2671-2680. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100022&lng=en.

26. Sampaio ATL. Educação em Saúde: Caminhos para Formação Integrativa. In: Práticas integrativas em saúde : proposições teóricas e experiências na saúde e educação /Organizador: Alexandre Franca Barreto. – Recife: Editora UFPE, 2014. P. 99-114.

27. Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.3 p. 1801-1811 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Out. 2015.

PARTE III – ELEMENTOS PÓS TEXTUAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da questão central desta pesquisa, buscou-se responder a pergunta de pesquisa, identificando em que medida as práticas integrativas e complementares (PIC) estavam implantadas nos municípios do estado de Santa Catarina, através de um modelo empírico de avaliação. Os municípios foram estratificados por porte populacional para conduzir a análise do juízo de implantação em grupos mais homogêneos. Também foi possível caracterizar o estado quanto à distribuição das PIC no território catarinense.

Constatou-se que 35 municípios (11,9%) estão com baixo grau de implantação (implantação incipiente), 46 (15,7%) com médio grau de implantação (parcialmente implantados), 50 (17,1%) com alto grau de implantação (implantados), sendo que a maioria dos municípios do estado 162 (55,3%) não apresenta oferta de PIC em seus territórios. Os municípios com menos que 5 mil habitantes foram responsáveis pela maioria 20 (40%) dos municípios com PIC implantadas.

Foi possível identificar que os resultados desta pesquisa corroboram com a revisão de literatura, demonstrando que a implantação das PIC na atenção básica se apresenta ainda frágil, com a possibilidade dos gestores ainda não estarem sensibilizados para o tal, por alguns fatores como o desconhecimento, a prevalência da racionalidade biomédica nos atendimentos, a descontinuidade das ações pela rotatividade dos profissionais habilitados na área, a dificuldade da aquisição de insumos para as práticas, a falta de integração nos modelos de assistência com outros pontos da rede de atenção, a invisibilidade das PIC para gestores e profissionais (SOUSA *et al.*, 2012, SAMPAIO, 2013, GALHARDI, BARROS, LEITE-MOR, 2013)

Foi possível identificar também, que as portarias nº971/2006 e nº853/2006 limitam o registro das PIC em apenas sete classificações. Está evidente no estado que há subnotificações de outras práticas que não estão reguladas pelas normas, compondo nesta avaliação 50,3% dos municípios que ofertam outras práticas não normatizadas.

Podemos levantar a questão que a partir da análise dos resultados foi identificado que os parâmetros escolhidos para o indicador de Capilaridade das PIC neste modelo avaliativo valorizaram as experiências em PIC nos municípios com pequenos portes populacionais, sendo mais criteriosa com os de médio e grande porte. O que pode ser pensado para outros estudos avaliativos na mesma área, é a elaboração de indicadores que utilizem diferentes estratos populacionais

para serem melhores comparados entre si, sendo uma avaliação mais justa entre os municípios com características similares.

Estes resultados foram possíveis a partir da análise de dados secundários, gerados pela avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, o que pode ser considerado um banco de valiosas informações para pesquisadores, avaliadores, e gestores interessados em avaliar as PIC nos seus municípios ou estado, a partir deste modelo elaborado.

No campo da avaliação em saúde, há carência de estudos e informações úteis e acessíveis aos profissionais e gestores sobre a implantação das PIC na atenção básica. Estudos complementares podem ser feitos para avaliar também a influência de outros fatores que influenciam a implantação das PIC, explicando desta forma valores encontrados que não puderam ser explicados com maior detalhamento nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALAMEDDINE, Mohamad *et al.* Stakeholders' perspectives on the regulation and integration of complementary and alternative medicine products in Lebanon: a qualitative study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, 2011, 11:71.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.12, pp. 2234-2249. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Set. 2015.

ALVES, C. K. A. *et al.* Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. S145-S156. Nov., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Abr. 2014

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

_____. Governo do Distrito Federal – GDF. Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES. Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS. Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde – DIPAS. Gerência de Recursos Médico Assistenciais – GRMA. Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI. **Manual de normas e procedimentos das atividades do núcleo de medicina natural e terapêuticas de integração numenati**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.apanat.org.br/_upload/repository/Manualgeral_NUMENATI.pdf> Acesso em: 22 Fev 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pnpc_publicacao.pdf>. Acesso em: 20 Mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 25 Mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 148 p. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fitoterapia_no_sus.pdf>. Acesso em: 25 Mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006. Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 18 nov. 2006d. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 78p. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/matriz_versao_publicada.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano IX, Ed. Especial, maio 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 76 p. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 154, de 18 de março de 2008. Recompôr a Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, conforme anexo I. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 19 mar. 2008c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0154_18_03_2008.html>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 84, de 25 de março de 2009**. Adequa o serviço especializado 134 – SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS e sua classificação 001 – ACUPUNTURA. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 26 mar. 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0084_25_03_2009.html>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica. **Oficina do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**. São Paulo, 26 de setembro de 2011. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/tmunicipal/pmaq-oficina-ba>>. Acesso em: 05 de Novembro de 2015. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**

/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases, Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 3 maio 2012c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis./gm/2012/prt0841_02_05_2012.html>. Acesso em: 10 jul. 2014

_____. Melo, Luciana. PMAQ e Censo revelam presença das Pícs no País. In: **Revista Brasileira Saúde da Família** / Ministério da Saúde – Ano 14, n. 34 (jan. / abr. 2013). – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Quadrimestral.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Série E. Legislação de Saúde. Brasília-DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília-DF, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica** (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília-DF, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Comunidade de Práticas. **Curso de Gestão em práticas integrativas e complementares**. Inserção das práticas integrativas e complementares na rede de saúde. Brasília-DF, 2014. Disponível em: <<https://cursos.atencaobasica.org.br/groups/aprofundamento-2>> Acesso em: 15 Outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal por Unidade Geográfica do Brasil**. Competência: Janeiro de 2015 a Novembro de 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 05 de Novembro de 2015.

BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 753-762, Jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Fev 2016.

BELL, I.R.; *et al.* Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research: Issues in the Emergence of a New Model for Primary Health Care. **Arch Intern Med**. 2002;162(2):133-140. doi:10.1001/archinte.162.2.133

BRIDI, V. L.; GIRARDI, D. M.; SILVA, M. L. B. Análise da Implementação da Homeopatia na Grande Florianópolis. **Coleção Gestão da Saúde Pública** – Volume 13, 2011.

CAVALCANTI, F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no sus: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: BARRETO, A. F. **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: Editora UFPE, 2014. Cap. 8, pg. 140-153.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. **Saúde em Debate**, nº 49-50, dez. 1995/mar. 1996. p. 53-64. Disponível em:

http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.49&pesq=contandriopoulos&x=0&y=0

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M. A., organizadora. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>> Acesso em: 22 Fev. 2014.

ERNST, E. Integrative medicine: not a carte blanche for untested nonsense [letter]. **Arch Intern Med** 2002; 162(15):1781.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA. Luiz Antonio. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963**: do império ao desenvolvimentismo populista (Capítulo 10). In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 333-384.

ESTRELA, Walcymar Leonel. Políticas de Saúde e processo de institucionalização das Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares. In: NASCIMENTO, Marilene Cabral; NOGUEIRA, Maria Inês. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde**. (Orgs.) São Paulo: Hucitec, 2013. 191-205p.

FLEURY, Sonia, OUVENEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2012. 25-57 p.

FOLLÉR, M. A. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa: Associação Brasileira de Antropologia, 2004. p. 129-147.

GALHARDI, Wania Maria Papile. **A oferta da homeopatia no Sistema Único de Saúde dos municípios de São Paulo**: diferentes atores e distintas institucionalizações / Wania Maria Papile Galhardi. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de

Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n.], 2010.

GÓMEZ, María Beatriz Duarte. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales / Western medicine and alternative medicines: can they be complementary? Conceptual reflections. **Cad Saude Publica**; 19(2): 635-643, mar.-abr. 2003.

GONÇALVES, R. P. *et al.* Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. **Rev APS**, 11: 398-405, out/dez 2008.

HARTZ, Z. M. A. *et al.* Avaliação do Programa Materno Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 89-131.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS André-Pierre. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, sup 2, p.S331-S336, 2004.

ISCHKANIAN, Paula Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum** ;22(2):233-238, 2012.

KUHN, Thomas S. (México). **La estructura de las revoluciones científicas**. 8. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 2004. Traducción de AGUSTÍN CONTIN. Disponível em: <http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/t_s_kuhn_la_estructura_de_las_revoluciones_cientificas.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, Apr. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Out. 2015.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Nov. 2015.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005a.

_____. Abordagens teóricas novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005b. 708 p. ISBN 85-7541- 061-X. Disponível em SciELO Books .

_____. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Luz, M. T, BARROS, N. F. (orgs). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos empíricos e teóricos**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS-UERJ/ ABRASCO, 2012. p 25-47.

MARQUES, L. A. M. *et al.* Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS : conhecimento e aceitação por parte da população são joanense. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [2]: 663-674, 2011.

MEDINA, M. G. *et al.* (2005). Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. (orgs). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro / Salvador: Editora FIOCRUZ / EDIUFBA, pp. 41 – 63.

MENÉNDEZ, E. L. Hacia uma prática médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. **Cuadernos de la casa chata**, 86, 2 ed. México, 1984. 125 p.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.1, pp. 185-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês; LUZ, Madel Therezinha. Produção científica em racionalidades médicas e práticas de saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares** – v. 1, n. 1, 2º semestre de 2012.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.12, pp. 3595-3604. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200016&lng=en&nrm=iso>.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. (Capítulo 12). In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 333-384.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira, PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.1, pp. 35-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2015

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Nov. 2015

OMS, O. M. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS, 2002.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan, BARROS, Nelson Filice de. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol.16, n.3 p. 1801-1811 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Out. 2015.

PAIM, Jairnilson silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2012. 459-491 p.

SAMPAIO, Tatiana Lotfi de. **Análise das Práticas Integrativas em saúde na Atenção Básica no Distrito Federal**. [Tese] Universidade de Brasília Faculdade de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília, 2013.

SANTOS, Francisco de Assis Silva. **Análise da política de Práticas Integrativas em Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SANTOS, Melissa Costa. **Práticas Integrativas e Complementares na Atenção primária a saúde em Florianópolis/SC: implantação, cogestão e educação permanente em saúde**. [Dissertação] Melissa Costa Santos; orientador, Charles Dalcanale Tesser – Florianópolis, SC, 2012. 132 p.

SANTOS, Melissa Costa; TESSER, Charles Dalcanale. 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 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Mai 2015.

SALLES, Sandra Abrahão Chaim and SCHRAIBER, Lilia Blima. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.1, pp. 195-202. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr. 2014.

SESTELO, José Antonio de Freitas; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lígia. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, Mai 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Fev 2016.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10(1): 80-91, Jan/Mar, 1994.

SIMONI, Carmem. Processo de institucionalização das RM e PICS: relato de uma experiência de gestão. In: NASCIMENTO, Marilene Cabral; NOGUEIRA, Maria Inês. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde**. (Orgs.) São Paulo: Hucitec, 2013. 206-215p.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (sup): 255-266, 2005.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.28, n.11, pp. 2143-2154. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2014.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucas exploradas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.8, pp. 1732-1742. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jun 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Out. 2015.

VIEIRA, Hítalo Thiago Gomes; OLIVEIRA, Jacqueline Eyleen de Lima, NEVES, Rita de Cássia Maria. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco. **Saude soc.** [online]. 2013, vol.22, n.2, pp. 566-574. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200025&lng=en&nrm=iso>.

WHORTON, James C. A história da Medicina Complementar e Alternativa. In: JONAS, Waybe B.; LEVIN, Feffrey S. **Tratado de Medicina Complementar e alternative**. Editora Manole Ltda, 1ª ed, 2001.

WHO. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Geneva: World Health Organization; 2013. 92p

APÊNDICES

APÊNDICE A - Diário de análise do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB 2º CICLO - Módulos 1 e 2 (Arquivos modISC, modIISC)

1. Descrição do instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB

1.1 Dimensões e Subdimensões

1.1.1 Módulo 1 – Observação da Unidade Básica de Saúde

Dimensão: DII - Estrutura e condições de funcionamento da UBS

Subdimensões: SD3 - Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS

SD5 - Medicamentos Componentes da Farmácia

Básica

Insumos para Práticas Integrativas e Complementares

Número de Padrões de Qualidade da Área: 5

1.1.2 Módulo 2 – Entrevista com profissional da Equipe da Atenção Básica

Dimensão: DIV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho

Subdimensão: SD15 Atenção à Saúde – Áreas Específicas

Práticas Integrativas e Complementares

Número de padrões de qualidade da área: 5

1.2 Questionário e dicionário das variáveis

1.2.1 Módulo I

I.17 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares		
ET - I.17.1	A equipe realiza práticas da Medicina Tradicional Chinesa (acupuntura)?	1 Sim 2 Não
ET - I.17.2	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura)	1 Sempre disponível 2 Às vezes disponíveis 3 Nunca disponível
ET - I.17.3	Copos de ventosa	1 Sempre disponível 2 Às vezes disponíveis 3 Nunca disponível

ET - I.17.4	Mapas de pontos de acupuntura	1 Sempre disponível 2 Às vezes disponíveis 3 Nunca disponível
ET - I.17.5	Moxa (carvão e/ou artemísia)	1 Sempre disponível 2 Às vezes disponíveis 3 Nunca disponível
I.18 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica		
Medicamentos fitoterápicos		
G - I.22.1	A USB disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?	1 Sim 2 Não
G - I.22.2	Planta "in natura"	1 Sim 2 Não
G - I.22.2.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.3	Droga Vegetal (Planta seca)	1 Sim 2 Não
G - I.22.3.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.4	Medicamento Fitoterápico manipulado	1 Sim 2 Não
G - I.22.4.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.5	Medicamento Fitoterápico Industrializado	1 Sim 2 Não
G - I.22.5.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
Perguntar para quem tem Medicamento Fitoterápico Industrializado:		
G - I.22.6	Espinheira-santa	1 Sim 2 Não
G - I.22.6.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.7	Guaco	1 Sim 2 Não
G - I.22.7.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.8	Hortelã	1 Sim 2 Não
G - I.22.8.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.9	Salgueiro	1 Sim

		2 Não
G - I.22.9.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.10	Babosa	1 Sim 2 Não
G - I.22.10.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.11	Plantago	1 Sim 2 Não
G - I.22.11.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.12	Alcachofra	1 Sim 2 Não
G - I.22.12.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.13	Cáscara-sagrada	1 Sim 2 Não
G - I.22.13.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.14	Aroeira	1 Sim 2 Não
G - I.22.14.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.15	Garra-do-diabo	1 Sim 2 Não
G - I.22.15.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.16	Isoflavona de soja	1 Sim 2 Não
G - I.22.16.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não
G - I.22.17	Unha-de-gato	1 Sim 2 Não
G - I.22.17.1	Em quantidade suficiente?	1 Sim 2 Não

Legenda

ET = Padrões estratégicos: são padrões relacionados à políticas/programas estratégicos (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial e outros). Esses padrões terão maior peso no processo de certificação.

G = Padrões gerais: padrões que atribuem menor peso na certificação em relação aos demais (estratégico, essencial e obrigatório). A equipe ganha na certificação se realiza a ação.

1.2.2 Módulo II

II.25 Práticas Integrativas e Complementares		
ET - II.25.1	A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	1 Sim 2 Não
II.25.2	Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?	25.2.1 Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura 25.2.2 Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculopuntura 25.2.3 Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação) 25.2.4 Plantas medicinais e fitoterapia 25.2.5 Homeopatia 25.2.6 Medicina Antroposófica 25.2.7 Termalismo Social/Crenoterapia 25.2.8 Nenhuma das anteriores
II.25.3	A equipe realiza quais práticas que não estão contempladas na PNPIC?	25.3.1 Reiki 25.3.2 Yoga 25.3.3 Ayurveda 25.3.4 Florais 25.3.5 Do in / Shiatsu / Massoterapia / Reflexologia 25.3.6 Shantala 25.3.7 Talassoterapia 25.3.8 Biodança 25.3.9 Musicoterapia 25.3.10 Dança circular 25.3.11 Naturologia 25.3.12 Terapia comunitária 25.3.13 Terapia com argila 25.3.14 Sistema Rio Aberto (Movimento vital expressivo) 25.3.15 Arteterapia

		25.3.16 Outros
II.25.4	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?	1 Sim 2 Não
II.25.5	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?	1 Sim 2 Não
II.25.6	A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando:	25.6.1 Uso de plantas medicinais e fitoterápicos 25.6.2 Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica 25.6.3 Outros 25.6.4 Não realiza atividade

Legenda:

ET = Padrões estratégicos: são padrões relacionados à políticas/programas estratégicos (Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial e outros). Esses padrões terão maior peso no processo de certificação.

2. Leitura dos dados

2.1. Descrição do banco *modISC*

Registros individuais:

modI: 590 variáveis no banco completo e 1167 registros (equipes).

38 variáveis relativas às PIC para análise

2.2 Descrição do banco *modIISC*

Registros individuais:

modII: 623 variáveis no banco completo e 1477 registros (equipes).

32 variáveis relativas às PIC para análise

3. Inconsistências

3.1 Inconsistências banco *modISC*

Há 9 duplicados e 1 triplicado, significa que alguns desses têm mais de dois registros do Módulo I:

	Id	Data / h	Cpf-coletor	IBGE	Cidade	CNES	X1-mod
1	47958	2000-01-01 16:24	5066967907	420205	Balneário Barra do Sul	3748987	I
2	54173	2014-01-14 22:15	5066967907	420205	Balneário Barra do Sul	3748987	I
3	14906	2000-01-01 13:18	1122528930	420230	Biguaçu	3387496	I
4	53279	2014-01-15 08:24	1122528930	420230	Biguaçu	3387496	I
5	12189	2013-11-29 09:08	67840205968	420460	Criciúma	2647265	I
6	14320	2013-11-29 09:14	67840205968	420460	Criciúma	2647265	I
7	52490	1999-12-31 22:29	5066967907	420530	Faxinal dos Guedes	6433073	I
8	81484	2014-02-06 12:41	5066967907	420530	Faxinal dos Guedes	6433073	I
9	77223	2014-02-04 11:13	21318610877	420665	Guatambú	2553252	I
10	77443	2014-02-04 11:13	21318610877	420665	Guatambú	2553252	I
11	549	2013-	52087344949	420730	Imbituba	2385902	I

		11-18 08:17					
12	3604	2013- 11-22 08:30	9072228707	420730	Imbituba	2385902	I
13	777	2013- 11-18 08:36	54203511968	420810	Itaiópolis	2378957	I
14	1350	2013- 11-19 10:20	5066967907	420810	Itaiópolis	2378957	I
15	6495	2013- 11-26 09:59	7224018929	420880	Jaguaruna	2626624	I
16	6496	2013- 11-26 09:59	7224018929	420880	Jaguaruna	2626624	I
17	54586	2014- 01-15 10:34	6892851916	421050	Maravilha	6334571	I
18	55173	2014- 01-15 10:34	6892851916	421050	Maravilha	6334571	I
19	55255	2014- 01-15 10:34	6892851916	421050	Maravilha	6334571	I
20	48521	2013- 12-21 13:48	815897006	421660	São José	2663805	I
21	53539	2014- 01-14 16:04	1122528930	421660	São José	2663805	I

3.2 Inconsistências banco *modIISC*

Há 8 registros duplicados no Módulo II, apresentando o mesmo CNES e área.

	Id	Data / h	Cpf-coletor	IBGE	Cidade	CNES	X1- mo d	Áre a
1	4796 1	2000 -01-	5066967907	42020 5	Balneário Barra do	374898 7	II	2

		01 17:2 6			Sul			
2	5417 6	2014 -01- 14 22:4 2	5066967907	42020 5	Balneário Barra do Sul	374898 7	II	2
3	5249 1	1999 -12- 31 23:2 1	5066967907	42053 0	Faxinal dos Guedes	643307 3	II	3
4	8148 5	2014 -02- 06 12:5 8	5066967907	42053 0	Faxinal dos Guedes	643307 3	II	3
5	5948 6	2014 -01- 21 23:0 9	4141217913	42075 0	Indaial	269102 7	II	2
6	8105 6	2014 -02- 05 23:1 2	4141217913	42075 0	Indaial	269102 7	II	2
7	928	2013 -11- 19 11:3 6	4917142997 2	42112 0	Morro da Fumaça	241938 6	II	1
8	3082	2013 -11- 18 11:2 1	4917142997 2	42112 0	Morro da Fumaça	241938 6	II	1
9	710	2013 -11- 19 13:4 0	815897006	42115 0	Nova Trento	277931 5	II	4
1 0	727	2013 -11- 19	815897006	42115 0	Nova Trento	277931 5	II	4

		08:1 2						
1 1	8762	2013 -11- 27 14:5 1	4141217913	42140 0	Presidente Getúlio	269040 3	II	2
1 2	5950 4	2014 -01- 21 23:5 2	4141217913	42140 0	Presidente Getúlio	269040 3	II	2
1 3	4852 1	2013 -12- 21 07:3 1	815897006	42166 0	São José	266380 5	II	6
1 4	5353 9	2014 -01- 14 16:3 3	1122528930	42166 0	São José	266380 5	II	6
1 5	3068 8	2013 -12- 11 10:0 6	6784020596 8	42176 0	Siderópolis	233498 4	II	4
1 6	3097 7	2013 -12- 11 09:5 9	5225901956	42176 0	Siderópolis	233498 4	II	4

3.3 Correção das inconsistências

3.3.1 modI

Banco mod II inicial = 1167 equipes

- Balneário Barra do Sul (4 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 3 equipes)
- Biguaçu (12 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigidas para 11 equipes)
- Criciúma (33 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigidas para 32 equipes)

- Faxinal dos Guedes (5 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 4 equipes)
- Guatambú (2 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigidas para 1 equipes)
- Imbituba (16 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigidas para 15 equipes)
- Itaiópolis (9 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigidas para 8 equipes)
- Jaguaruna (7 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigidas para 6 equipes)
- Maravilha (8 equipes, sendo 3 triplicadas, corrigidas para 6 equipes)
- São José (21 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigidas para 20 equipes)

Banco mod II final = 21 inconsistências, resultando em 1157 equipes após correção das inconsistências.

3.3.2 modII

Banco mod II inicial = 1477 equipes

- Balneário Barra do Sul (4 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 3 equipes)
- Faxinal dos Guedes (5 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 4 equipes)
- Indaial (11 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 10 equipes)
- Morro da fumaça (7 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 6 equipes)
- Nova Trento (5 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 4 equipes)
- São José (41 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 40 equipes)
- Siderópolis (6 equipes, sendo 2 duplicadas, corrigida para 5 equipes)

Banco mod II final = 14 inconsistências, resultando em 1470 equipes após correção das inconsistências.

APÊNDICE B – *Rationale* das dimensões e de seus respectivos indicadores da matriz avaliativa da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina.

DIMENSÃO ASSISTÊNCIA	Justificativa da dimensão
	<p>A dimensão Assistência refere-se à oferta e distribuição do serviço de práticas integrativas e complementares no município e tem como base a Portaria 971/2006 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e considera que as Práticas Integrativas e Complementares devam ser implantadas no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. (BRASIL, 2006a).</p> <p>A definição do serviço de PIC e suas classificações são fixadas na Portaria GM/MS nº 853/2006, que define seus procedimentos e atividades, e permite que a equipe que oferta o serviço de PIC registre de uma até sete classificações. Cada classificação é definida por código de registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), tendo os seguintes fixados: Acupuntura, Fitoterapia, outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa, Práticas Corporais/Atividade Física, Homeopatia, Termalismo/Crenoterapia e Medicina Antroposófica. (BRASIL, 2006b).</p> <p>Essa dimensão apresenta dois indicadores: Oferta de PIC e Capilaridade das PIC.</p>

... Continua

DIMENSÃO ASSISTÊNCIA	Indicador	Justificativa do indicador		
	I1 - Oferta de PIC	<p>Este indicador avalia a existência do serviço de PIC nos municípios através das PIC registradas na portaria GM/MS nº 853/2006 que permite que o registo de sete classificações estabelecidas pela PNPIC, e também avalia a existência de outras PIC não contempladas na portaria nº 971/2006 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.</p> <p>A pontuação deste indicador é definida através de três medidas: (M1) Oferta uma PIC, que identifica se o município oferta uma PIC definida na PNPIC, (M2) Oferta mais de uma PIC, que mede se o município oferta mais de uma PIC definida na PNPIC, (M3) Oferta mais de uma PIC da PNPIC mais outras PIC, que identifica se o município contempla outras PIC, além de pelo menos duas das previstas na PNPIC.</p>		
	Medida	Escala	Fonte	Cálculo do indicador
	<i>M1. Oferta uma PIC da PNPIC</i> <i>M2. Oferta mais de uma PIC da PNPIC</i> <i>M3. Oferta mais de uma PIC da PNPIC mais outras PIC</i>	Binária: (Sim/Não)	Módulo II do PMAQ-AB	0 = nenhuma 1 = uma PIC da PNPIC 2 = mais de uma PIC da PNPIC 3 = mais de uma PIC da PNPIC com uma não prevista na política

DIMENSÃO ASSISTÊNCIA	Indicador	Justificativa do indicador		
	I2 - Capilaridade das PIC	Este indicador avalia o percentual ideal de equipes que ofertam PIC, identificando assim a capilaridade e abrangência dos serviços no município, e apresenta uma medida: (M4) Percentual de equipes que ofertam PIC no município, medido através do cálculo do N° equipes que ofertam PIC dividido pelo N° equipes no município vezes 100, e para pontuar nesta dimensão, o município precisa que suas equipes apresentem um percentual igual ou maior que 25%.		
	Medida	Cálculo	Pontuação do indicador	Fonte
	<i>M4. Percentual de equipes que ofertam PIC no município</i>	N° equipes que ofertam PIC/ N° equipes no município x 100	0 = Abaixo de 25% 1 = 25% a 50% 2 = 50,5% a 99,5% 3 = 100%	Módulo II do PMAQ-AB
	Parâmetro da dimensão assistência			Peso da dimensão
	\sum Escores Bom = 6 a 4 pontos Regular = 3 ou 2 pontos Ruim = 1 ou 0 pontos			60%

DIMENSÃO RECURSOS HUMANOS	Justificativa da dimensão				
	Considerando a existência de equipes nas unidades de saúde, composta pela diversidade de profissionais, os Recursos Humanos devem ser desenvolvidos considerando a complexidade e diversidade de situações com as quais o nível de assistência da atenção básica apresenta. Essa organização leva em consideração a necessidade de construção de equipes articuladas, capacitadas e ampliadas, permitindo com que o cuidado ao usuário da atenção básica tenha uma atenção integral e resolutive. (NOVAES, 2000; BRASIL, 2013b).				
	Indicador	Medida	Escala	Pontuação do indicador	Fonte
	I3 – Atividades de educação em saúde em PIC	<i>M5. A equipe realiza atividade de educação em saúde com a comunidade</i>	Binária (Sim/Não)	0 = Não realiza 1 = Realiza	Módulo II do PMAQ-AB
	Justificativa do indicador				
	Este indicador avalia o desenvolvimento de ações de educação popular em saúde com as PIC tendo em vista ações das equipes com a comunidade, através da medida (M5) de realização ou não da atividade.				
	Parâmetro da dimensão Recursos Humanos			Peso da dimensão	
	\sum Escores Bom = 1 ponto Ruim = 0 pontos			10%	

DIMENSÃO RECURSOS MATERIAIS	Justificativa da dimensão				
	A dimensão Recursos Materiais dispõe sobre os materiais necessários para um atendimento padrão, com insumos utilizados nos procedimentos com as práticas integrativas e complementares. Os insumos que contemplam a classificação de fitoterapia e medicina tradicional chinesa estão fixados respectivamente na Portaria nº 533/2012 que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) com 12 medicamentos fitoterápicos, e portaria GM/MS nº 853/2006 que estabelece os insumos em medicina chinesa/ acupuntura (BRASIL, 2012a, 2006b).				
	Indicador	Medida	Escala	Pontuação do indicador	Fonte
	I4 - Material para procedimento em MTC/ Acupuntura	<i>M6. Disponibilidade de agulhas para MTC/ Acupuntura</i>	Catagórica: Sempre disponível Às vezes disponível Nunca disponível	0 = Nunca possui agulhas 0,25 = Dispõe de agulha às vezes 0,5 = Dispõe de agulha sempre	Módulo I do PMAQ-AB
Justificativa do indicador					
Os insumos para MTC/ acupuntura são quatro: agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados, copos de ventosa, mapas de pontos de acupuntura e moxa carvão e/ou Artemísia. Considera-se que para realizar procedimento em acupuntura, o material essencial e indispensável são as agulhas filiformes descartáveis. Este indicador tem a finalidade de verificar a disponibilidade de materiais para a realização da prática de acupuntura.					

DIMENSÃO RECURSOS MATERIAIS	Indicador	Justificativa do indicador		
	I5 - Medicamentos fitoterápicos	Os insumos que contemplam a prática fitoterapia são quatro: planta "in natura", droga vegetal (planta seca), medicamento fitoterápico manipulado e medicamento fitoterápico industrializado. (BRASIL, 2012a). Este indicador analisa a disponibilidade de medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos para os usuários da unidade de saúde do município.		
	Medida	Escala	Pontuação do indicador	Fonte
	<i>M7. Oferta medicamento fitoterápico em quantidade suficiente</i>	Categórica: Sim Em quantidade suficiente Não	0 = Oferta dois medicamentos fitoterápicos ou menos e em quantidade insuficiente 0,25 = Todas as outras condições 0,5 = Oferta um medicamento fitoterápico ou mais em quantidade suficiente	Módulo I do PMAQ-AB
	Parâmetro da dimensão Recursos Materiais			Peso da dimensão
	\sum Escores Bom = 1 ponto Regular = 0,5 ou 0,75 ponto Ruim = 0,25 ponto ou menos			10%

Justificativa da dimensão					
DIMENSÃO GESTÃO	<p>A dimensão Gestão compreende o processo de administração da Unidade Básica de Saúde, sendo o indicador nesta dimensão correspondente ao conceito de Educação Permanente. Envolve os processos educativos relacionados à educação em serviço, educação continuada, educação formal de profissionais, ou até mesmo a educação popular em saúde. O intuito é aproximar a gestão da formação, atenção e participação social na área de práticas integrativas e complementares. Um gestor sensível irá ofertar cursos de capacitação aos profissionais da equipe por meio da educação em saúde, de forma que o processo de aprendizado em práticas integrativas e complementares seja integrado na UBS na forma de Educação permanente. (BRASIL, 2006a, 2007).</p> <p>A portaria GM/MS nº 971/2006 que aprova a PNPIC, incentiva em suas diretrizes o desenvolvimento de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente, e faz parte do desenvolvimento das estratégias de educação em saúde. (BRASIL, 2006a).</p>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indicador</th> <th style="text-align: left;">Justificativa do indicador</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>I6 - Educação permanente para equipe</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>O incentivo à capacitação da equipe faz parte do desenvolvimento de estratégias de qualificação de educação em saúde. O gestor deverá investir na capacitação de seus profissionais ofertando cursos e atividades de educação permanente de forma continuada, com condições satisfatórias para os profissionais desenvolverem o ensino em PIC. A educação permanente como uma prática de ensino-aprendizagem, permite que a equipe elabore um conhecimento a partir de sua realidade, onde as questões levantadas como problemáticas possam ser solucionadas em conjunto.</p> <p>As práticas integrativas e complementares quando ofertadas como um curso de capacitação para os profissionais da equipe que ainda não possuem este conhecimento se integram como mais uma possibilidade de resolubilidade dos problemas de saúde de seus usuários adscritos.</p> <p>As atividades de educação permanente fazem parte do ciclo de implantação das PIC, demonstrando que ocorre uma fixação tanto dos profissionais como facilitadores do aprendizado, quanto do conhecimento gerado sobre a área envolvendo a equipe. (BRASIL, 2014).</p> <p>Este indicador avalia a adesão do gestor na oferta de atividades de PIC como educação permanente, de acordo com a portaria nº 971/2006 e portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2006a, 2007).</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Indicador	Justificativa do indicador	<p>I6 - Educação permanente para equipe</p>	<p>O incentivo à capacitação da equipe faz parte do desenvolvimento de estratégias de qualificação de educação em saúde. O gestor deverá investir na capacitação de seus profissionais ofertando cursos e atividades de educação permanente de forma continuada, com condições satisfatórias para os profissionais desenvolverem o ensino em PIC. A educação permanente como uma prática de ensino-aprendizagem, permite que a equipe elabore um conhecimento a partir de sua realidade, onde as questões levantadas como problemáticas possam ser solucionadas em conjunto.</p> <p>As práticas integrativas e complementares quando ofertadas como um curso de capacitação para os profissionais da equipe que ainda não possuem este conhecimento se integram como mais uma possibilidade de resolubilidade dos problemas de saúde de seus usuários adscritos.</p> <p>As atividades de educação permanente fazem parte do ciclo de implantação das PIC, demonstrando que ocorre uma fixação tanto dos profissionais como facilitadores do aprendizado, quanto do conhecimento gerado sobre a área envolvendo a equipe. (BRASIL, 2014).</p> <p>Este indicador avalia a adesão do gestor na oferta de atividades de PIC como educação permanente, de acordo com a portaria nº 971/2006 e portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2006a, 2007).</p>
	Indicador	Justificativa do indicador			
<p>I6 - Educação permanente para equipe</p>	<p>O incentivo à capacitação da equipe faz parte do desenvolvimento de estratégias de qualificação de educação em saúde. O gestor deverá investir na capacitação de seus profissionais ofertando cursos e atividades de educação permanente de forma continuada, com condições satisfatórias para os profissionais desenvolverem o ensino em PIC. A educação permanente como uma prática de ensino-aprendizagem, permite que a equipe elabore um conhecimento a partir de sua realidade, onde as questões levantadas como problemáticas possam ser solucionadas em conjunto.</p> <p>As práticas integrativas e complementares quando ofertadas como um curso de capacitação para os profissionais da equipe que ainda não possuem este conhecimento se integram como mais uma possibilidade de resolubilidade dos problemas de saúde de seus usuários adscritos.</p> <p>As atividades de educação permanente fazem parte do ciclo de implantação das PIC, demonstrando que ocorre uma fixação tanto dos profissionais como facilitadores do aprendizado, quanto do conhecimento gerado sobre a área envolvendo a equipe. (BRASIL, 2014).</p> <p>Este indicador avalia a adesão do gestor na oferta de atividades de PIC como educação permanente, de acordo com a portaria nº 971/2006 e portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2006a, 2007).</p>				

DIMENSÃO GESTÃO	Medida	Escala	Pontuação do indicador	Fonte
	<i>M8. Gestão capacita a equipe em educação permanente</i>	Binária: (Sim/Não)	0 = Não oferta 2 = Oferta	Módulo II do PMAQ-AB
	Parâmetros da dimensão Gestão		Peso da dimensão	
	Σ Escores Bom = 2 pontos Ruim = 0 pontos		20%	

APÊNDICE C – Banco de dados da avaliação da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica catarinense.

Tabela 1. Banco de dados da avaliação da implantação das PIC na atenção básica catarinense, apresentando a população residente no ano de 2013, a pontuação dos indicadores e o juízo de valor para implantação dos municípios, Santa Catarina.

IB GE	Popul ação	Município	Assis- tência		Recursos Humanos	Recursos Materiais		Gestão	Pontua- ção Implan- tação	Juízo de implanta- ção
			I-1	I-2	I-3	I-4	I-5	I-6		
420 040	7110	Água Doce	3	3	1	0,5	0,5	2	10	Implantado
420 160	3562	Arroio Trinta	3	3	1	0,5	0,5	2	10	Implantado
421 540	4495	Salto Velooso	3	3	1	0,5	0,5	2	10	Implantado
421 795	1746	Tigrinhos	3	3	1	0,5	0,5	2	10	Implantado
421 917	4752	Vargem Bonita	3	3	1	0,5	0	2	9,5	Implantado
420 540	45328 5	Florianópolis	3	2	1	0,5	0,5	2	9	Implantado
420 760	4713	Ipira	3	3	1	0	0	2	9	Implantado
420 165	2281	Arvoredo	2	3	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
420 420	19818 8	Chapecó	3	2	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
420 460	20239 5	Criciúma	3	2	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
420 570	20024	Garopaba	3	2	1	0,5	0	2	8,5	Implantado
420 620	11064	Gravatal	3	2	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
420 810	21015	Itaiópolis	3	2	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
420 830	52923	Itapema	3	2	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
421 610	9530	São Domingos	2	3	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
421 970	27039	Xaxim	3	2	1	0	0,5	2	8,5	Implantado
421 440	6245	Rio das Antas	2	3	1	0,25	0	2	8,25	Implantado
420 200	12092 6	Balneário Camboriú	3	2	1	0	0	2	8	Implantado
420 390	21726	Capinzal	3	2	1	0	0	2	8	Implantado
420 765	8714	Iporã do Oeste	3	2	1	0	0	2	8	Implantado
420 820	19780 9	Itajaí	3	2	1	0	0	2	8	Implantado
421 390	1691	Presidente Castello Branco	2	3	1	0	0	2	8	Implantado
421 660	22477 9	São José	3	1	1	0,5	0,5	2	8	Implantado

420 140	64405	Araranguá	2	2	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
420 210	24943	Barra Velha	2	2	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
420 257	2160	Bom Jesus do Oeste	1	3	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
420 325	2711	Capão Alto	1	3	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
420 730	42244	Imbituba	3	1	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
420 840	16107	Itapiranga	2	2	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
420 940	43979	Laguna	3	1	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 005	1831	Macieira	1	3	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 145	4338	Nova Itaberaba	2	2	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 150	13135	Nova Trento	3	1	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 260	2958	Peritiba	1	3	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 280	19329	Balneário Piçarras	3	1	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 550	16315	Santa Cecília	2	2	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 568	2776	Santa Terezinha do Progresso	1	3	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 715	1897	São Miguel da Boa Vista	1	3	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 725	5139	São Pedro de Alcântara	2	2	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 895	2507	Urupema	1	3	1	0	0,5	2	7,5	Implantado
421 830	18740	Três Barras	3	1	1	0,25	0	2	7,25	Implantado
420 020	9957	Agrolândia	3	1	1	0	0	2	7	Implantado
420 220	10906	Benedito Novo	3	2	1	0,5	0,5	0	7	Implantado
420 517	3118	Entre Rios	1	3	1	0	0	2	7	Implantado
420 775	4212	Iraceminha	3	3	1	0	0	0	7	Implantado
420 915	4837	José Boiteux	2	2	1	0	0	2	7	Implantado
421 000	11395	Luiz Alves	2	2	1	0	0	2	7	Implantado
421 310	4533	Piratuba	3	3	1	0	0	0	7	Implantado
421 430	2827	Rancho Queimado	3	3	0	0,5	0,5	0	7	Implantado
421 870	10128 4	Tubarão	3	0	1	0,5	0,5	2	7	Parcialment e implantado*
421 900	20826	Urussanga	3	1	1	0	0	2	7	Implantado
420 190	5661	Aurora	2	2	0	0	0,5	2	6,5	Parcialment e implantado
420 240	32908 2	Blumenau	3	0	1	0	0,5	2	6,5	Parcialment e implantado

420 287	2741	Brunópolis	2	3	1	0	0,5	0	6,5	Parcialment e implantado
420 545	24256	Forquilha	3	0	1	0	0,5	2	6,5	Parcialment e implantado
420 650	38851	Guaramirim	2	1	1	0	0,5	2	6,5	Parcialment e implantado
420 910	54698 1	Joinville	3	0	1	0	0,5	2	6,5	Parcialment e implantado
421 140	4577	Nova Erechim	2	3	1	0	0,5	0	6,5	Parcialment e implantado
421 185	2281	Ouro Verde	1	3	0	0	0,5	2	6,5	Parcialment e implantado
421 270	6140	Petrolândia	3	3	0	0	0,5	0	6,5	Parcialment e implantado
421 567	8883	Santa Terezinha	3	2	1	0	0,5	0	6,5	Parcialment e implantado
421 820	39740	Timbó	3	0	1	0	0,5	2	6,5	Parcialment e implantado
421 890	11012	Urubici	3	2	1	0	0,5	0	6,5	Parcialment e implantado
420 230	62383	Biguaçu	2	0	1	0,5	0,5	2	6	Parcialment e implantado
420 290	11663 4	Brusque	3	0	1	0	0	2	6	Parcialment e implantado
420 710	13124	Ilhota	2	2	0	0	0	2	6	Parcialment e implantado
420 800	6420	Itá	2	1	1	0	0	2	6	Parcialment e implantado
420 845	16899	Itapoá	3	1	0	0	0	2	6	Parcialment e implantado
421 130	68337	Navegantes	2	1	1	0	0	2	6	Parcialment e implantado
420 055	2430	Águas Frias	1	3	1	0	0,5	0	5,5	Parcialment e implantado
420 410	4208	Caxambu do Sul	2	3	0	0	0,5	0	5,5	Parcialment e implantado
420 780	9948	Irani	1	1	1	0	0,5	2	5,5	Parcialment e implantado
420 895	1721	Jardinópolis	1	3	1	0	0,5	0	5,5	Parcialment e implantado
420 900	28398	Joaçaba	3	1	1	0	0,5	0	5,5	Parcialment e implantado
421 505	2482	Rio Rufino	1	3	1	0	0,5	0	5,5	Parcialment e implantado
421 560	2116	Santa Rosa de Lima	1	3	1	0	0,5	0	5,5	Parcialment e implantado

421 750	17351	Seara	3	1	1	0,5	0	0	5,5	Parcialment e implantado
421 885	2802	União do Oeste	1	3	1	0	0,5	0	5,5	Parcialment e implantado
420 010	17584	Abelardo Luz	3	1	1	0	0	0	5	Parcialment e implantado
420 245	16311	Bombinhas	2	0	1	0	0	2	5	Parcialment e implantado
420 480	38890	Curitibanos	1	1	1	0	0	2	5	Parcialment e implantado
420 768	7123	Ipuaçú	1	2	0	0	0	2	5	Parcialment e implantado
420 790	10843	Irineópolis	1	1	1	0	0	2	5	Parcialment e implantado
421 060	15586	Massarandú -ba	1	1	1	0	0	2	5	Parcialment e implantado
421 220	18568	Papanduva	2	2	1	0	0	0	5	Parcialment e implantado
421 370	15882	Pouso Redondo	2	0	1	0	0	2	5	Parcialment e implantado
421 580	78998	São Bento do Sul	3	1	1	0	0	0	5	Parcialment e implantado
421 605	5255	São Cristovão do Sul	2	0	1	0	0	2	5	Parcialment e implantado
420 280	30868	Braço do Norte	3	0	1	0,5	0	0	4,5	Implantação incipiente
420 630	20474	Guabiruba	1	0	1	0,5	0	2	4,5	Implantação incipiente
420 720	11301	Imaruí	2	1	1	0	0,5	0	4,5	Implantação incipiente
420 757	2842	Iomerê	1	3	0	0,5	0	0	4,5	Parcialment e implantado*
421 187	1698	Paial	1	3	0	0	0,5	0	4,5	Parcialment e implantado*
421 335	3381	Ponte Alta do Norte	1	3	0	0	0,5	0	4,5	Parcialment e implantado*
421 500	41167	Rio Negrinho	2	1	1	0,5	0	0	4,5	Implantação incipiente
421 545	11294	Sangão	3	1	0	0,5	0	0	4,5	Parcialment e implantado*
420 207	9259	Balneário Gaivotas	1	3	0	0	0	0	4	Parcialment e implantado*
420 425	15860	Cocal do Sul	1	0	1	0	0	2	4	Implantação incipiente
420 500	15227	Dionísio Cerqueira	1	0	1	0	0	2	4	Implantação incipiente
420 850	23490	Ituporanga	3	0	1	0	0	0	4	Implantação incipiente

420 990	11005	Lontras	2	1	1	0	0	0	4	Implantação incipiente
421 160	14098	Nova Veneza	1	1	0	0	0	2	4	Implantação incipiente
421 200	7747	Palma Sola	2	1	1	0	0	0	4	Implantação incipiente
421 223	3915	Paraíso	1	3	0	0	0	0	4	Parcialment e implantado*
421 227	4387	Passos Maia	2	2	0	0	0	0	4	Parcialment e implantado*
421 760	13499	Siderópolis	2	1	1	0	0	0	4	Implantação incipiente
421 935	5190	Vitor Meireles	1	2	1	0	0	0	4	Implantação incipiente
421 960	4124	Xavantina	1	2	1	0	0	0	4	Implantação incipiente
420 350	9203	Campo Erê	1	1	1	0	0,5	0	3,5	Implantação incipiente
420 700	51416	Içara	2	0	1	0	0,5	0	3,5	Implantação incipiente
421 250	27936	Penha	2	1	0	0	0,5	0	3,5	Implantação incipiente
421 800	33847	Tijucas	2	1	0	0	0,5	0	3,5	Implantação incipiente
420 320	70068	Camboriú	2	0	1	0	0	0	3	Implantação incipiente
420 590	62618	Gaspar	2	0	1	0	0	0	3	Implantação incipiente
421 190	15062 3	Palhoça	3	0	0	0	0	0	3	Implantação incipiente
421 290	17868	Pinhalzinho	1	1	1	0	0	0	3	Implantação incipiente
421 950	46981	Xanxerê	2	0	1	0	0	0	3	Implantação incipiente
420 470	10905	Cunha Porã	1	1	0	0	0,5	0	2,5	Implantação incipiente
420 750	60433	Indaial	1	0	1	0	0,5	0	2,5	Implantação incipiente
421 210	16270	Palmitos	1	0	1	0	0,5	0	2,5	Implantação incipiente
421 360	34551	Porto União	1	1	0	0	0,5	0	2,5	Implantação incipiente
420 550	35618	Fraiburgo	1	0	1	0	0	0	2	Implantação incipiente
420 640	10492	Guaraciaba	1	1	0	0	0	0	2	Implantação incipiente
421 010	54708	Mafra	1	0	1	0	0	0	2	Implantação incipiente
421 175	17349	Otacílio Costa	1	0	1	0	0	0	2	Implantação incipiente
421 620	46477	São Francisco do Sul	1	0	1	0	0	0	2	Implantação incipiente
421 770	28209	Sombrio	1	0	1	0	0	0	2	Implantação incipiente
420 670	21961	Herval d'Oeste	0	1	0	0	0	0	1	Implantação incipiente

420 890	15651 9	Jaraguá do Sul	1	0	0	0	0	0	1	Implantação incipiente
421 120	16888	Morro da Fumaça	1	0	0	0	0	0	1	Implantação incipiente
421 480	65256	Rio do Sul	1	0	0	0	0	0	1	Implantação incipiente
420 050	6313	Águas de Chapecó	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 060	5926	Águas Mornas	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 070	9737	Alfredo Wagner	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 100	8230	Anita Garibaldi	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 125	10099	Apiúna	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 127	4270	Arabutã	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 130	29593	Araquari	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 170	7683	Ascurra	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 180	3310	Atalanta	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 195	10876	Balneário Arroio do Silva	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 209	1842	Barra Bonita	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 253	2721	Bom Jesus	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 300	74276	Caçador	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 400	10112	Catanduvas	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 415	2792	Celso Ramos	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 445	2520	Coronel Martins	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 519	2081	Ermo	0	0	0	0,5	0	0	0,5	Sem PIC
420 520	4448	Erval Velho	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 535	1605	Flor do Sertão	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 543	2603	Formosa do Sul	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 555	2354	Frei Rogério	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 580	16081	Garuva	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 610	6418	Grão Pará	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 660	5054	Guarujá do Sul	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 675	1973	Ibiam	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC

420 680	3359	Ibicaré	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 690	18097	Ibirama	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 740	5946	Imbuia	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 860	4057	Jaborá	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 880	18425	Jaguaruna	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
420 920	2242	Lacerdópolis	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 003	5698	Luzerna	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 055	2094	Marema	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 100	10877	Mondaí	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 105	9604	Monte Carlo	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 180	7436	Ouro	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 300	3310	Pinheiro Preto	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 315	2761	Planalto Alegre	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 320	30009	Pomerode	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 420	10255	Quilombo	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 470	10879	Rio dos Cedros	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 490	4557	Rio Fortuna	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 570	21221	Santo Amaro da Imperatriz	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 575	2641	São Bernardino	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 590	2989	São Bonifácio	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 635	3578	São João do Itaperiú	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 650	25841	São Joaquim	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 690	22786	São Lourenço do Oeste	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 730	9382	Saudades	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 740	17538	Schroeder	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 755	3323	Serra Alta	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 775	2698	Sul Brasil	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC
421 825	7495	Timbó Grande	0	0	0	0	0,5	0	0,5	Sem PIC

421 930	49768	Videira	0	0	0	0	0	0	0	Sem PIC
421 940	3769	Witmarsum	0	0	0	0	0	0	0	Sem PIC
421 985	3153	Zortéa	0	0	0	0	0	0	0	Sem PIC

*Municípios que pela regra de implantação obtiveram um resultado pela pontuação, mas foram realocados em outro julgamento.

APÊNDICE D – Matriz de avaliação da implantação das Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica catarinense, apresentando os juízos de valor segundo as dimensões nos 131 municípios que ofertavam alguma PIC, Santa Catarina, 2015.

Tabela 2. Classificação dos municípios catarinenses, segundo juízo de valor das dimensões da matriz avaliativa de implantação das PIC na atenção básica.

DIMENSÕES								
IBGE	Município	Assis-tência	Recursos Humanos	Recursos Materiais	Ges-tão	Juízo dimensões	Pontuação implanta-ção	Juízo de implantação
420040	Água Doce	6	1	1	2	B B B B	10	Implantado
420160	Arroio Trinta	6	1	1	2	B B B B	10	Implantado
421540	Salto Veloso	6	1	1	2	B B B B	10	Implantado
421795	Tigrinhos	6	1	1	2	B B B B	10	Implantado
421917	Vargem Bonita	6	1	0,5	2	B B R G B	9,5	Implantado
420540	Florianópolis	5	1	1	2	B B B B	9	Implantado
420760	Ipira	6	1	0	2	B B R M B	9	Implantado
420165	Arvoredo	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
420420	Chapecó	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
420460	Criciúma	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
420570	Garopaba	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
420620	Gravatal	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
420810	Itaiópolis	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
420830	Itapema	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
421610	São Domingos	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
421970	Xaxim	5	1	0,5	2	B B R G B	8,5	Implantado
421440	Rio das Antas	5	1	0,25	2	B B R M B	8,25	Implantado
421660	São José	4	1	1	2	B B B B	8	Implantado
420200	Balneário Camboriú	5	1	0	2	B B R M B	8	Implantado
420390	Capinzal	5	1	0	2	B B R M B	8	Implantado
420765	Iporã do Oeste	5	1	0	2	B B R M B	8	Implantado
420820	Itajaí	5	1	0	2	B B R M B	8	Implantado

421390	Presidente Castelo Branco	5	1	0	2	B B RM B	8	Implantado
420140	Araranguá	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
420210	Barra Velha	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
420257	Bom Jesus do Oeste	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
420325	Capão Alto	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
420730	Imbituba	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
420840	Itapiranga	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
420940	Laguna	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421005	Macieira	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421145	Nova Itaberaba	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421150	Nova Trento	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421260	Peritiba	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421280	Balneário Piçarras	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421550	Santa Cecília	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421568	Santa Terezinha do Progresso	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421715	São Miguel da Boa Vista	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421725	São Pedro de Alcântara	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421895	Urupema	4	1	0,5	2	B B RG B	7,5	Implantado
421830	Três Barras	4	1	0,25	2	B B RM B	7,25	Implantado
421870	Tubarão	3	1	1	2	RG B B B	7	Parcialmente implantado*
420020	Agrolândia	4	1	0	2	B B RM B	7	Implantado
420517	Entre Rios	4	1	0	2	B B RM B	7	Implantado
420915	José Boiteux	4	1	0	2	B B RM B	7	Implantado
421000	Luiz Alves	4	1	0	2	B B RM B	7	Implantado
421900	Urussanga	4	1	0	2	B B RM B	7	Implantado
420220	Benedito Novo	5	1	1	0	B B B RM	7	Implantado
421430	Rancho Queimado	6	0	1	0	B RM B RM	7	Implantado
420775	Iraceminha	6	1	0	0	B B RM RM	7	Implantado
421310	Piratuba	6	1	0	0	B B RM RM	7	Implantado
420240	Blumenau	3	1	0,5	2	RG B RG B	6,5	Parcialmente implantado
420545	Forquilha	3	1	0,5	2	RG B RG B	6,5	Parcialmente implantado

420650	Guaramirim	3	1	0,5	2	RG B RG B	6,5	Parcialmente implantado
420910	Joinville	3	1	0,5	2	RG B RG B	6,5	Parcialmente implantado
421820	Timbó	3	1	0,5	2	RG B RG B	6,5	Parcialmente implantado
420190	Aurora	4	0	0,5	2	B RM RG B	6,5	Parcialmente implantado
421185	Ouro Verde	4	0	0,5	2	B RM RG B	6,5	Parcialmente implantado
420287	Brunópolis	5	1	0,5	0	B B RG RM	6,5	Parcialmente implantado
421140	Nova Erechim	5	1	0,5	0	B B RG RM	6,5	Parcialmente implantado
421567	Santa Terezinha	5	1	0,5	0	B B RG RM	6,5	Parcialmente implantado
421890	Urubici	5	1	0,5	0	B B RG RM	6,5	Parcialmente implantado
421270	Petrolândia	6	0	0,5	0	B RM RG RM	6,5	Parcialmente implantado
420230	Biguaçu	2	1	1	2	RG B B B	6	Parcialmente implantado
420290	Brusque	3	1	0	2	RG B RM B	6	Parcialmente implantado
420800	Itá	3	1	0	2	RG B RM B	6	Parcialmente implantado
421130	Navegantes	3	1	0	2	RG B RM B	6	Parcialmente implantado
420710	Ilhota	4	0	0	2	B RM RM B	6	Parcialmente implantado
420845	Itapoá	4	0	0	2	B RM RM B	6	Parcialmente implantado
420780	Irani	2	1	0,5	2	RG B RG B	5,5	Parcialmente implantado
420055	Águas Frias	4	1	0,5	0	B B RG RM	5,5	Parcialmente implantado
420895	Jardinópolis	4	1	0,5	0	B B RG RM	5,5	Parcialmente implantado
420900	Joaçaba	4	1	0,5	0	B B RG RM	5,5	Parcialmente implantado
421505	Rio Rufino	4	1	0,5	0	B B RG RM	5,5	Parcialmente implantado
421560	Santa Rosa de Lima	4	1	0,5	0	B B RG RM	5,5	Parcialmente implantado
421750	Seara	4	1	0,5	0	B B RG RM	5,5	Parcialmente implantado
421885	União do Oeste	4	1	0,5	0	B B RG RM	5,5	Parcialmente implantado
420410	Caxambu do Sul	5	0	0,5	0	B RM RG RM	5,5	Parcialmente implantado
420245	Bombinhas	2	1	0	2	RG B RM B	5	Parcialmente implantado
420480	Curitibanos	2	1	0	2	RG B RM B	5	Parcialmente implantado
420790	Irineópolis	2	1	0	2	RG B RM B	5	Parcialmente implantado
421060	Massaranduba	2	1	0	2	RG B RM B	5	Parcialmente implantado
421370	Pouso Redondo	2	1	0	2	RG B RM B	5	Parcialmente implantado
421605	São Cristóvão do Sul	2	1	0	2	RG B RM B	5	Parcialmente implantado
420768	Ipuacu	3	0	0	2	RG RM RM B	5	Parcialmente implantado

420010	Abelardo Luz	4	1	0	0	B B RM RM	5	Parcialmente implantado
421220	Papanduva	4	1	0	0	B B RM RM	5	Parcialmente implantado
421580	São Bento do Sul	4	1	0	0	B B RM RM	5	Parcialmente implantado
420630	Guabiruba	1	1	0,5	2	RM B RG B	4,5	Implantação incipiente
420280	Braço do Norte	3	1	0,5	0	RG B RG RM	4,5	Implantação incipiente
420720	Imaruí	3	1	0,5	0	RG B RG RM	4,5	Implantação incipiente
421500	Rio Negrinho	3	1	0,5	0	RG B RG RM	4,5	Implantação incipiente
420757	Iomerê	4	0	0,5	0	B RM RG RM	4,5	Parcialmente implantado*
421187	Paial	4	0	0,5	0	B RM RG RM	4,5	Parcialmente implantado*
421335	Ponte Alta do Norte	4	0	0,5	0	B RM RG RM	4,5	Parcialmente implantado*
421545	Sangão	4	0	0,5	0	B RM RG RM	4,5	Parcialmente implantado*
420425	Cocal do Sul	1	1	0	2	RM B RM B	4	Implantação incipiente
420500	Dionísio Cerqueira	1	1	0	2	RM B RM B	4	Implantação incipiente
421160	Nova Veneza	2	0	0	2	RG RM RM B	4	Implantação incipiente
420850	Ituporanga	3	1	0	0	RG B RM RM	4	Implantação incipiente
420990	Lontras	3	1	0	0	RG B RM RM	4	Implantação incipiente
421200	Palma Sola	3	1	0	0	RG B RM RM	4	Implantação incipiente
421760	Siderópolis	3	1	0	0	RG B RM RM	4	Implantação incipiente
421935	Vitor Meireles	3	1	0	0	RG B RM RM	4	Implantação incipiente
421960	Xavantina	3	1	0	0	RG B RM RM	4	Implantação incipiente
420207	Balneário Gaivota	4	0	0	0	B RM RM RM	4	Parcialmente implantado*
421223	Paraíso	4	0	0	0	B RM RM RM	4	Parcialmente implantado*
421227	Passos Maia	4	0	0	0	B RM RM RM	4	Parcialmente implantado*
420350	Campo Erê	2	1	0,5	0	RG B RG RM	3,5	Implantação incipiente
420700	Içara	2	1	0,5	0	RG B RG RM	3,5	Implantação incipiente
421250	Penha	3	0	0,5	0	RG RM RG RM	3,5	Implantação incipiente
421800	Tijucas	3	0	0,5	0	RG RM RG RM	3,5	Implantação incipiente
420320	Camború	2	1	0	0	RG B RM RM	3	Implantação incipiente
420590	Gaspar	2	1	0	0	RG B RM RM	3	Implantação incipiente
421290	Pinhalzinho	2	1	0	0	RG B RM RM	3	Implantação incipiente
421950	Xanxerê	2	1	0	0	RG B RM RM	3	Implantação incipiente
421190	Palhoça	3	0	0	0	RG RM RM RM	3	Implantação incipiente

420750	Indaial	1	1	0,5	0	RM B RG RM	2,5	Implantação incipiente
421210	Palmitos	1	1	0,5	0	RM B RG RM	2,5	Implantação incipiente
420470	Cunha Porã	2	0	0,5	0	RG RM RG RM	2,5	Implantação incipiente
421360	Porto União	2	0	0,5	0	RG RM RG RM	2,5	Implantação incipiente
420550	Fraiburgo	1	1	0	0	RM B RM RM	2	Implantação incipiente
421010	Mafra	1	1	0	0	RM B RM RM	2	Implantação incipiente
421175	Otaçílio Costa	1	1	0	0	RM B RM RM	2	Implantação incipiente
421620	São Francisco do Sul	1	1	0	0	RM B RM RM	2	Implantação incipiente
421770	Sombrio	1	1	0	0	RM B RM RM	2	Implantação incipiente
420640	Guaraciaba	2	0	0	0	RG RM RM RM	2	Implantação incipiente
420670	Herval d'Oeste	1	0	0	0	RM RM RM RM	1	Implantação incipiente
420890	Jaraguá do Sul	1	0	0	0	RM RM RM RM	1	Implantação incipiente
421120	Morro da Fumaça	1	0	0	0	RM RM RM RM	1	Implantação incipiente
421480	Rio do Sul	1	0	0	0	RM RM RM RM	1	Implantação incipiente
Total Juízo "Bom"		77	105	10	72			
Total Juízo "Regular"		40		64				
Total Juízo "Ruim"		14	26	57	59			

*Municípios que pela regra de implantação obtiveram um resultado pela pontuação, mas foram realocados em outro julgamento.

Legenda:

BOM = B
REGULAR = RG
RUIM = RM

ANEXOS

ANEXO A - Regras para submissão do artigo na Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de

acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na

pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais

para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à

Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências

bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as

referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e

Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: msp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-

mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.