UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA – EPM

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC

INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LISSANDRA ZANOVELO FOGAÇA

SÃO PAULO

2020

Lissandra Zanovelo Fogaça

INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação que será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Pós Dra. Mariana Cabral Schveitzer

Co Orientação: Profa. Dra. Carla Gianna Luppi

São Paulo

2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos (as) profissionais de saúde, trabalhadores do Sistema Único de Saúde, aos usuários do sistema, aos responsáveis/gerentes/administradores das unidades e à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo por me permitirem conduzir minha pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, responsável por me conceder toda força, paz, esperança e resiliência necessária para que eu pudesse vencer os tantos desafios enfrentados durante os dois anos de mestrado.

Aos meus pais, os maiores exemplos da minha vida, a quem dedico todas as minhas vitórias. Agradeço a educação e princípios com que me criaram. Ao exemplo acadêmico dos dois e incentivo à minha formação na universidade. Obrigada, meus pais!

À minha irmã, pela amizade, compreensão, acolhimento em sua casa, paciência ao longo do período de minha formação no mestrado, durante a elaboração deste trabalho e, principalmente, com suas palavras de apoio ao final deste processo.

Ao meu irmão e minha cunhada, pelo interesse nas minhas atividades e por sempre me incentivarem a dar continuidade ao mestrado.

À minha orientadora e amiga, Prof.ª Drª Mariana Cabral Schveitzer, pela parceria, competência e respeito com que contribuiu com a condução deste processo, desde a primeira ideia até a sua síntese. Agradeço por acreditar na minha capacidade e me acolher quando sempre precisei.

À minha Co-orientadora, Prof.ª Drª Carla Gianna Luppi, pelo carinho com que aceitou contribuir com meu trabalho, pelos esclarecimentos com assuntos que me eram de pouco domínio, pela parceria e competência com que conduziu a Co-orientação. Agradeço seu acolhimento, palavras de incentivo e acalento, principalmente ao final do processo.

À Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e a todos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, desde a coordenação; professores e secretaria, por proporcionarem minha formação, base fundamental para que eu pudesse desenvolver minha pesquisa.

À Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares e todos profissionais

envolvidos nesse processo, desde o primeiro contato até a conclusão da minha coleta de dados.

A todos (as) do departamento de Epidemiologia, por sempre me acolherem, inclusive com direito a alguns cafezinhos e palavras carinhosas de incentivo, permitindo com que eu pudesse produzir meu trabalho naquela sala durante muitos períodos por diversos dias.

À banca da minha qualificação, por todas considerações feitas ao meu trabalho. A contribuição dos integrantes foi fundamental para o desenvolvimento da dissertação.

À Profª Roberta, por me acolher em sua casa por um período e por me ajudar com dados quantitativos em um momento de grande dificuldade.

À CAPES, por proporcionar meu financiamento através da bolsa auxílio à pesquisa. Sem esta, muitas coisas não teriam sido possíveis.

Aos (às) amigos (as): Érika, Gabriela, Tereza, Ieda, Diogo, Marlene, Emílio, Ney, Nana, Fred, Maria Cristina, Yasmin e Andrea. Obrigada por cada palavra amiga por contribuir com meu crescimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

1.1 Apresentação e justificativa do estudo 11

1.2 Práticas Integrativas e Complementares 12

1.2.1 Contexto internacional..... 13

1.2.2 Contexto nacional.....15

1.3 Atenção Primária à Saúde 17

1.3.1 Contexto internacional 19

1.3.2 Contexto nacional 22

1.3.2.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) 24

2 OBJETIVOS..... 27

2.1 Objetivo Geral..... 27

2.2 Objetivo Específico..... 27

3 REFERENCIAL TEÓRICO 28

4 MÉTODO..... 33

4.1 Tipo de Pesquisa..... 33

4.2 Local da Pesquisa..... 34

4.3 Sujeitos do Estudo..... 35

4.4 Critérios de Inclusão..... 36

4.5 Critérios de Exclusão 36

4.6 Coleta de dados..... 36

4.6.1 Procedimento 36

4.7 Análise de dados 38

4.8 Aspectos Éticos 38

5 RESULTADOS 40

5.1 Informações sobre os serviços e profissionais..... 41

5.2 Entrevistas 44

5.2.1. Espaço para oferta de PICS 45

5.2.2 Recursos Humanos para PICS 55

5.2.3 Insumos para PICS 56

5.2.4 Acesso às PICS 59

5.2.5 Gestão e PICS 63

5.2.6 Formação em PICS 65

5.2.7 Cuidado com PICS 69

5.2.8 Qualificação do cuidado e PICS 74

5.3 Dados sobre as PICS obtidos pelo PMAQ 3º ciclo das Unidades do estudo..82

5.4 Dados sobre a produção em PICS das unidade de estudo obtidos pelo SIA/SUS 85

6 DISCUSSÃO 88

6.1 Estrutura 90

6.2 Processo 94

6.3 Resultado 100

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 105

REFERÊNCIAS.....107

APÊNDICE A 117

APÊNDICE B 119

APÊNDICE C 123

APÊNDICE D 124

ANEXO A 126

ANEXO B 129

TCLE 134

RESUMO

Introdução: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), assim denominadas no Brasil, constituem um modelo vitalista, holístico, centrado na pessoa e suas individualidades pois considera que crenças e saberes culturais são indissociáveis do processo de cuidado em saúde. Recente conquista foi a inserção das PICS na Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, contribuindo para possibilidade de desenvolver-se prática generalista e promotora de saúde. Considerou-se que uma descrição da inserção das PICS nos serviços da APS e das atividades realizadas por profissionais que atuam com PICS, devessem ser apreciadas segundo o referencial teórico de Donabedian, pois demonstra que o serviço de saúde deva ser sustentado por três dimensões: Estrutura, Processo e Resultado. **Objetivo:** Analisar a inserção das PICS em unidades de saúde da APS da região de saúde sudeste do município de São Paulo a partir da estrutura, processo e resultado. **Método:** A pesquisa foi de campo do tipo transversal, descritiva e de natureza qualitativa. Para coleta dos dados primários foram realizadas entrevistas semi – estruturadas por meio de três questões norteadoras com nove profissionais de saúde, do sexo feminino, com idades entre 32 e 63 anos, que ofertam alguma das 29 PICS e que vivenciam o fenômeno em cinco unidades da APS da região de saúde Sudeste do município de São Paulo; observação da prática profissional e informações sobre o serviço obtidas por fotos/imagens. Os dados secundários foram obtidos pelos últimos dados das 5 unidades sobre PICS do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) e pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) tabulados pelo TabnetWin. A estratégia utilizada para análise de dados foi categorização dos discursos dos profissionais, segundo Janesick, utilizando software MAXQDA; assimilação da observação da unidade; da prática profissional; “leitura” das fotos das unidades da APS e apreciação dos dados sobre PICS obtidos pelo PMAQ e SIA/SUS. Para organização e apresentação dos dados foi considerado: a estrutura, o processo e o resultado. **Resultados**: Em relação aos dados obtidos sobre o serviço verificou-se que: Auriculoterapia é a PIC mais ofertada, estando presente nas cinco unidades, Acupuntura; Homeopatia; Yoga e Qi Gong são ofertadas em apenas uma unidade. Os pacientes que mais utilizam as PICS são idosos e mulheres e a enfermidade mais trabalhada são as doenças crônicas, principalmente, as

osteomusculares e mentais. Em relação à Estrutura foi identificado carência de espaço físico adequado para oferta de PICS; insuficiência de recursos humanos (RH) para oferta de PICS; insumos para oferta de Acupuntura, Homeopatia e Auriculoterapia, mas não para as práticas corporais. Relacionado ao Processo, o acesso dos usuários às PICS acontece de diversas formas; há dificuldades na articulação de temas sobre PICS e gestão; identificou-se apropriada capacitação profissional em PICS pelo gestor e carência de registro dos atendimentos em PICS. Relacionado ao Resultado verificou-se que o desenvolvimento do cuidado em PICS preconiza e incentiva modo ampliado de atenção à saúde; as PICS qualificam o cuidado pois: contribuem para resolutividade; instiga resultados subjetivos; fortalecem vínculo e adesão dos usuários aos profissionais e à unidade. **Conclusão:** Muitas unidades ainda necessitam de espaço físico para oferta de PICS, há que se melhorar o acesso físico às unidades; e uniformizar forma de acesso dos usuários às PICS. Ademais, é preciso uma coerência entre a oferta de insumos/equipamentos das PICS; ampliar a capacitação de profissionais em PICS e priorizar e padronizar registros de atendimentos ambulatoriais em PICS. Apesar das dificuldades, as PICS incentivam o cuidado centrado na pessoa e fortalecem e qualificam o cuidado na APS. Essa pesquisa identificou necessidade de construção de modelo efetivo e homogêneo de oferta de PICS a fim de potencializar políticas nacionais e a oferta de PICS no município de São Paulo.

Palavras chave: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Qualidade da assistência à Saúde; Qualidade do cuidado em saúde;

1 INTRODUÇÃO

1.1 **Apresentação e justificativa do estudo**

Enquanto residente Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, realizei pesquisa para o trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de especialista em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e Atenção Básica/Saúde da Família. O estudo abordou o tema: “Práticas Integrativas e Complementares e a qualidade dos serviços na Atenção Primária à Saúde: uma avaliação a partir do olhar da equipe multidisciplinar” sob o CAAE: 62393616.1.0000.0086 e nº do parecer: 1.892.084 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (CEP SMS/SP). Nesta pesquisa utilizei instrumento de avaliação dos serviços da APS: *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian,1966, (BRASIL, 2010), e questões abertas sobre as PICS.

Nesse estudo, realizei coleta de dados em dez unidades da APS da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sudeste, Supervisão Técnica de Saúde (STS) Jabaquara/Vila Mariana, e dez da CRS Sul, STS M’Boi Mirim. A maioria da população foi composta por profissionais do sexo feminino (86,66%) e a idade variou de 30 a 62 anos. Nos achados qualitativos, surgiram 8 categorias: Formação, Interesse, Oferta, Prática, Efeitos, Qualidade da APS, Dificuldades e Facilitadores. Em relação aos dados quantitativos do instrumento *PCATool*, os escores médios dos atributos variaram de 2,16 (Acessibilidade) a 3,58 (Orientação Familiar).

Considerou-se que serviços da APS têm características que ampliam o acolhimento, comunicação e convivência com a comunidade e essas características convergem com o que as PICS oferecem para o cuidado em saúde, já que suas abordagens contêm uma visão ampliada do sujeito; promovem autocuidado e autoconhecimento; e reforçam a integração do ser humano com o meio ambiente, cultura e sociedade (FOGAÇA, 2018).

No estudo, foi possível concluir que as PICS contribuem para uma melhora na qualidade dos serviços da APS, pois se mostraram eficazes: na melhora da resolutividade; na diminuição da medicalização; na melhoria do acesso aos cuidados

integrativos/holísticos em saúde por meio das práticas corporais e auriculoterapia; na melhora da integralidade do cuidado e reforçam a utilização das tecnologias leves e de baixo custo, como: vínculo, autonomia e corresponsabilidade.

Por isso, no mestrado, tive o interesse em aprofundar a investigação da qualificação da APS por meio das PICS e, nessa ocasião, empregando o referencial teórico de Donabedian, pois, considera que o processo assistencial em saúde é um conjunto de atividades possíveis de serem divididas em: Estrutura, Processo e Resultado com a finalidade de compreender a qualidade da assistência em saúde. Além disso, percebi que há necessidade de fundamentar evidências em PICS para fomentar discussões e valores sobre efetividade dos atendimentos com as práticas.

1.2 As Práticas Integrativas e Complementares

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), assim denominadas no Brasil, constituem um modelo vitalista, holístico, centrado na pessoa e suas individualidades, pois, considera que crenças e saberes culturais são indissociáveis do processo de cuidado em saúde (TESSER; NEVES; SANTOS, 2016; SOUZA; LUZ, 2009).

De acordo com Luz & Nascimento (2018):

> *"A doença não se manifesta apenas no corpo, mas está presente também nas relações familiares, sociais e com o meio ambiente, como têm descrito estudos epidemiológicos e demográficos recentes. Manifesta-se ainda na forma como as pessoas concebem e buscam realizar sua existência no mundo. O ser humano não se reduz a um corpo, muito menos a uma parte dele: é também um conjunto de valores, concepções e crenças, experiências, expectativas, frustrações etc. E a doença que o acomete expressa, para além de alterações biológicas, desarmonias no jeito de andar a vida, tanto pessoal como coletiva. De acordo com experimentações e descobertas das ciências humanas, o adoecimento é também uma forma de exprimir, ou denunciar relações sociais hostis"* (LUZ; NASCIMENTO, 2018, p.1).

Aos sujeitos doentes, não basta saberem seu diagnóstico, sua doença, também precisam saber como serão cuidados (LUZ, 2005). E ações de saúde as quais priorizam, sobretudo, práticas assistenciais e que possuem como características o

atendimento individual, curativo e mecanicista, podem não corresponder com o cuidado em saúde pretendido por grande parte dos indivíduos (TEIXEIRA; et. al., 1998; VÉRAS; et. al., 2004; TESSER, 2009).

As PICS são condutas que complementam os saberes convencionais em saúde e envolvem a possibilidade de um cuidado ampliado quando utilizadas conjuntamente com saberes convencionais em saúde. Além disso, devido às suas implicações nos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual, contribuem para construção do cuidado com base numa relação solidária e de envolvimento afetivo (CHRISTENSEN; BARROS, 2010).

As PICs contribuem para a efetividade das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, pois se fundamentam em um modelo com maior atenção à humanização do cuidado, mais vitalista e centrado no todo do indivíduo sendo seu enfoque principal, a pessoa e não a doença (TESSER, 2009; SOUZA & LUZ, 2009). Sabe-se que a utilização das PICS no cuidado em saúde pode favorecer a compreensão, por parte dos profissionais, da individualidade de cada paciente aumentando a satisfação dos mesmos com a qualidade do cuidado recebido (SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

1.2.1 Contexto internacional

Desde a década de 70 a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estimulado que os Estados-Membros considerem práticas/saberes em saúde tradicionais, chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI), para uma utilização racional e integrativa em seus serviços de saúde (OMS, 1979; WHO, 2013; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Em diversas partes do mundo, formuladores de políticas, profissionais de saúde e usuários estão lutando com questões relacionadas à segurança, eficácia, qualidade, disponibilidade, preservação e regulamentação das MTCI. As práticas em MTCI estão sendo amplamente utilizadas na maioria dos países e sua aceitação, por parte da população, está aumentando rapidamente, ao mesmo tempo que o interesse em MTCI está se expandindo para além dos produtos e serviços, contemplando diferentes práticas em saúde e diversas áreas profissionais (WHO, 2013).

Em 2013 a OMS realizou uma análise abrangente do status atual das MTCI em todo o mundo e trabalhou com especialistas para desenvolver a “Estratégia de Medicina Tradicional da OMS para 2014-2023”. Definiu, com maiores detalhes, a Medicina Tradicional e Medicina Complementar com a finalidade de facilitar um amplo entendimento (WHO, 2013).

Para Medicina Tradicional (MT), a OMS define:

> *“A soma total do conhecimento, habilidade e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde e na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais”* (WHO, 2013, p.15).

Medicina Complementar ou "Medicina Alternativa" se referem a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que, geralmente, não fazem parte da tradição ou da medicina convencional local e que, eventualmente, podem não estar totalmente integradas ao sistema de saúde dominante em alguns países e por isso são operadas de forma intercambiáveis com os cuidados em saúde convencionais. Assim sendo, Medicina Tradicional e Complementar funde os termos MT e MC, abrangendo seus produtos, práticas e praticantes (WHO, 2013).

Através dessa Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023, há um grande incentivo da inserção da MTCI, seus produtos e praticantes nos sistemas nacionais de saúde contemplando todos os níveis de complexidade: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar (WHO, 2013).

Segundo a OMS, a disposição no desenvolvimento de políticas nacionais de MTCI entre os Estados Membros de 1999 a 2018 teve um aumento consistente e o número de Estados-Membros que possuem uma política específica para MTCI quase dobrou entre 1999 e 2005 e dobrou entre 2005 e 2018. Até 2018, 98 países, mais de 50% dos 194 Estados-Membros, tinham uma política nacional de MTCI (WHO, 2019).

Para a OMS, há um contexto mundial favorável à inserção da MTCI em saúde pública pois este conjunto de práticas integrativas têm dialogado com as prerrogativas de humanização do atendimento centrado na saúde e não na doença, uso racional de

medicamentos, redução do risco de efeitos adversos e baixo custo de implementação (WHO, 2019).

1.2.2 Contexto nacional

Com a publicação, em 2006, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) pelo Ministério da Saúde (MS), instituiu-se no Sistema Único de Saúde (SUS) novas abordagens de cuidado aos usuários por meio de sistemas médicos complexos além de outras PICS com recursos terapêuticos - produtos naturais para o cuidado em saúde. Recentemente, nos anos de 2017 e 2018, essa política foi ampliada com outras modalidades de PICS, totalizando 29 práticas ofertadas no SUS, como mostra o Quadro 1 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

As 29 PICS listada na PNPIC e atualmente ofertadas pelo SUS	Medicina Tradicional Chinesa, Ayurveda, Homeopatia, Medicina Antroposófica/Antroposofia aplicada à Saúde e Naturopatia.
	Fitoterapia/Plantas medicinais, Termalismo/Crenoterapia, Apiterapia, Geoterapia, Aromaterapia, Ozonioterapia e Terapia de Florais.
	Meditação, Musicoterapia, Arteterapia, Dança Circular/Biodança, Yoga, Terapia Comunitária Integrativa, Massoterapia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Auriculoterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Hipnoterapia, Terapia por Imposição de Mãos e Reiki.

Quadro 1: As 29 Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no Sistema Único de Saúde após ampliação da PNPIC em 2017 e 2018. Fonte: Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, Portaria nº 849 e Portaria n° 702. SÃO PAULO, 2020.

Este conjunto de práticas tem um alcance global, praticamente não envolvem riscos de interação medicamentosa, nem de efeitos adversos e possuem uma ótima relação custo efetividade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018). Além de normatizar a utilização das PICS em todo sistema de saúde brasileiro, a política trouxe

notória contribuição para o aumento da resolutividade do SUS (SANTOS; TESSER, 2012; SOUZA; LUZ, 2009).

Desde sua implantação, o acesso à essas PICS pelos usuários do SUS têm crescido e, durante todos esses anos da PNPIC, houve avanço significativo para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em 2017, de acordo com o MS, 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos de todo país. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foram registradas ofertas em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas (BRASIL, 2018).

Considerando dados de Sistemas de Informação em Saúde que acompanham os serviços da Atenção Básica (AB) e o serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), em 2018, o Brasil teve um total de 9.470 estabelecimentos de saúde ofertando PICS, distribuídos em 3.097 municípios. Destes municípios, apenas 79 não ofertavam PICS na APS, a oferta estava concentrada na média e alta complexidade (BRASIL, 2018).

Em 2013, o segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB) avaliou mais de 30 mil equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em todo território nacional e demonstrou que novas práticas poderiam ser incluídas nas diretrizes do MS. Especificamente para as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o programa entendeu que o uso das PICS tem contribuído sobretudo com ações típicas do NASF em seu território e passou a incentivar seu uso (BRASIL, 2013).

Profissionais de saúde inseridos na APS, e que incorporam conhecimentos em PICS em seu cuidado podem evitar alguns efeitos colaterais de intervenções biomédicas convencionais e contribuir para satisfação do paciente. Isso ocorre porque os profissionais de saúde que têm contato com as PICS acabam ampliando seus conceitos de atenção à saúde (SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

Para Cunha (2004) é possível que um profissional de saúde saiba condutas básicas de acupuntura para sua utilização na resolução de problemas mais frequentes na unidade. Isso o levará, por exemplo, a praticar Auriculoterapia sem atuar com toda a potencialidade da racionalidade da Medicina Tradicional Chinesa, mas, certamente, contribuindo com uma ampliação da clínica tradicional.

A integralidade do cuidado permite uma visão holística, ampliada e mais completa do sujeito, assim como as PICS, pois considera o contexto sociocultural, econômico, familiar e ambiental do meio em que ele se insere, e acredita que essas premissas sejam partes indissociáveis do processo saúde - doença (SOUZA et. al., 2012).

Sabe-se que muitos profissionais inseridos nas unidades da APS do município de São Paulo, já têm utilizado recursos das PICS em seus atendimentos, posto que esse município oferta PICS desde o início dos anos 2000. Entretanto, esses recursos têm sido empregados com abordagens distintas, por profissionais de diferentes categorias e com objetivos diversos (JÚNIOR, 2016).

O município de São Paulo conta com mais de 300 unidades de saúde que ofertam algum tipo de PICS e registrou 110.301 procedimentos das práticas nos 9 primeiros meses de 2018 e, somente na Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara, foram mais de 9.000 procedimentos/atendimentos em PICS.

Esses procedimentos foram listados entre: Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa; Terapia Comunitária; Dança Circular/Biodança, Yoga, Oficinas de Massagem e Automassagem, Arteterapia; Sessão de Meditação; Aplicação de Ventosa e Moxa; Acupuntura; Auriculoterapia; Eletroestimulação, Massoterapia; Tratamento Naturopático; Quiropraxia e Reiki (SÃO PAULO, 2018).

1.3 Atenção Primária à Saúde

Todo sistema de serviços de saúde deve possuir duas finalidades principais: 1) otimização da saúde dos indivíduos por meio do emprego dos avanços técnico-científicos sobre as causas das enfermidades, o manejo das doenças e potencialização da saúde e 2) redução das disparidades entre subgrupos

populacionais de forma que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um excelente nível de saúde (STARFIELD, 2002).

Para Organização Mundial da Saúde (OMS) a Atenção Primária à Saúde (APS) e os sistemas de saúde devem se orientar sob um conjunto de princípios fundamentais para construírem bases sólidas competentes que atendam às necessidades das populações e, para isso, suas ações devem alcançar: a dignidade humana, equidade, proteção e promoção da saúde, cuidado centrado na pessoa, estímulo à auto responsabilidade do paciente, cuidado com qualidade que inclua custo – benefício, financiamento sustentável e acesso universal (OMS, 1979).

Nesse contexto, a declaração de Alma-Ata, importante documento da OMS de 1979, recomenda que os cuidados primários em saúde compreendam:

> *"Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento"* (OMS, 1979, p.1 -2).

Para Starfield (2002) a APS deve abordar problemas mais comuns de saúde das populações e oferecer serviços de prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação solucionando, assim, problemas de saúde e promovendo o bem-estar dos indivíduos. Deve ser organizada de maneira a prover assistência através da atenção centrada na pessoa e que possa coordenar o cuidado em saúde dos indivíduos perante o sistema de saúde. Por ser considerada a "porta de entrada" do sistema, deve possuir características resolutivas para maior parte dos problemas de saúde, excluindo, entretanto, condições com peculiaridades que devam ser resolvidas em outros níveis de atenção à saúde (GIOVANELLA, 2008).

A APS têm sido parte integral dos sistemas nacionais de saúde e entende-se que ela seja o primeiro elemento de todo um processo de atenção continuada à saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014). É a parte do sistema de saúde com papel de organizar e coordenar os serviços de saúde, saberes e práticas tendo em vista o ordenamento da

entrada dos indivíduos ao sistema de saúde de modo que se possa identificar suas demandas e necessidades por saúde, quer sejam individuais ou coletivas. Essa primeira atenção deve ser coordenada e articulada em rede composta por outros níveis de atenção à saúde para que princípios, como a integralidade do cuidado, sejam amparados por todo território de saúde alcançando suas respectivas populações (LAVRAS, 2011; ALMEIDA; SANTOS; SOUZA, *apud* MARINHO, 2015).

1.3.1 Contexto internacional

Elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, o relatório Dawson foi um dos primeiros documentos a empregar o conceito de Atenção Primária à Saúde na perspectiva de uma organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada. O documento destaca, ainda, a "divisão" dos sistemas de saúde por nível de complexidade e sob uma delimitação geográfica propondo desde essa época a organização dos sistemas de saúde em forma de Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse relatório fomentou a criação do sistema de saúde britânico no ano de 1948, o qual passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (REINO UNIDO, 1920; PORTELA, 2017).

A Declaração de Alma-Ata, divulgada durante a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde" na União Soviética em 1978, é outro importante marco histórico para APS. Nessa declaração apresentou-se que:

> *"Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde"* (OMS, 1978, p. 1-2).

Em 1990 o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde examinou as reformas e mudanças conduzidas pela APS em países Europeus e destacou a relevância da APS nesses processos. Em seu texto, Conill (2008) também menciona as informações apresentadas no Observatório e as relaciona com descrições de autores mais atuais:

> *"A volta à cena da estratégia de Atenção Primária à Saúde é confirmada pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que analisou reformas orientadas pela Atenção Primária à Saúde em países da União Européia a partir de 1990. O papel crescente da atenção primária se deveria, em parte, à transferência de cuidados hospitalares para o nível ambulatorial havendo grande diversidade nas formas de organizar e de prestar estes serviços. As funções da Atenção Primária à Saúde, adotadas pelo Observatório Europeu praticamente coincidem com os atributos sugeridos por Starfield para avaliar estas práticas: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação para a comunidade..."* (CONILL, 2008, p. 10).

Barbara Starfield (2002), estudiosa da APS da atualidade, descreve a APS como sendo o primeiro contato de uma assistência continuada em saúde, que seja centrada na pessoa, que ocorra de forma que se possa satisfazer suas necessidades de saúde. A autora destaca que somente casos incomuns de saúde exigem atenção especializada. Para a autora, a APS coordena os cuidados mesmo que os indivíduos recebam assistência em outros níveis de atenção à saúde e sugere alguns atributos para as práticas em saúde da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Em seu livro, intitulado em português "*Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*", a autora faz uma breve relação entre modelos de APS ditos "Convencionais" e o modelo proposto pela declaração de Alma-Ata, destacando: o Enfoque, Conteúdo, Organização e Responsabilidade perante os cuidados em saúde, como mostra Quadro 2.

APS Convencional	APS recomendada Alma-Ata
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Generalistas
Médicos	Multiprofissional
Consultório	Equipe
Responsabilidade	
Apenas pelo serviço de saúde	Colaboração intersetorial/rede
Domínio pelo Profissional	Participação da comunidade
Aceitação passiva	Auto responsabilidade

Quadro 2: Atenção especializada versus proposta da Atenção Primária à Saúde pela declaração de Alma-Ata. Fonte: Adaptado de Starfield, 2002. São Paulo, 2020.

Em 2011, Mendes reinterpreta os atributos da APS já mencionados por Starfield em 2002 e, após revisão de literatura, o autor descreve esses atributos de forma a ressaltar que o primeiro contato deva envolver acessibilidade e o uso desses serviços para cada novo episódio de um problema de saúde para os quais os indivíduos procuram cuidado. A longitudinalidade exige o acompanhamento regular de cuidados pela equipe de saúde ao longo do tempo e deve contar com uma relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade diz respeito à prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades comuns da população inscrita no território, a responsabilização pela oferta de cuidado em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento de problemas biológicos, psicológicos e sociais que venham causar doenças. A coordenação do cuidado implica a capacidade em se garantir a continuidade da atenção à saúde, por meio da equipe de saúde, com a verificação de problemas que requerem um acompanhamento constante (MENDES, 2011).

Na interface entre população e seu sistema de saúde, a OMS publicou relatório mundial de cuidados de saúde primários reconhecendo a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde apoiados numa APS fortalecida e de boa qualidade. Nesse documento de 2008 a OMS descreve que os cuidados primários em saúde podem se tornar facilitadores para uma convergência segura e efetiva, além de socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e

dos cuidados em geral. Para isso, torna-se essencial priorizar às pessoas, realçando sua saúde e bem-estar bem como valorizar suas capacidades perante as comunidades e aos trabalhadores da saúde (OMS, 2008).

1.3.2 Contexto nacional

Desde os anos 1920, com a emergência dos Centros de Saúde Escola no Brasil, acompanha-se iniciativas de organização da APS dentro do sistema de saúde brasileiro. Diferentes modelos de APS foram concebidos nas diversas regiões brasileiras, porém, com conformações e interesses diversos. Alguns Centros de Saúde, tal como o proposto por Paula Souza na cidade de São Paulo, preconizavam ações de saúde de forma integral com vistas à educação sanitária e promoção da saúde (LAVRAS, 2011).

Durante os anos 1970 a APS brasileira desenvolveu-se por meio do modelo de Programação em Saúde, representado pela integração dos serviços de saúde pública com serviços de assistência médica. Nos anos 1990, o modelo foi orientado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) com a proposta de universalização da APS e uma reorientação do sistema de saúde brasileiro por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde de maneira integral em um território estabelecido (SALA; et. al., 2011).

Durante esse período o empenho na construção de um novo modelo assistencial se concretizou e a APS contou com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia efetiva na mudança do modelo de assistência à saúde com a apresentação da Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual, posteriormente, integrou o PACS com o PSF (MELO; et. al, 2018).

Com o advento da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, posteriormente reorganizada e reeditada em 2012 e 2017, os princípios e diretrizes da APS ficaram mais esclarecidos e organizados. A PNAB dispõe que:

> "*A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância*

> *em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária*" (BRASIL, 2017, Art 2º, p. 2).

A APS deverá ser ofertada respeitando-se os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que são: 1) Universalidade; 2) Equidade e 3) Integralidade e às diretrizes: 1) Regionalização e Hierarquização; 2) Territorialização; 3) População adscrita; 4) Cuidado centrado na pessoa; 5) Resolutividade; 6) Longitudinalidade do cuidado; 7) Coordenação do cuidado; 8) Ordenação da rede de cuidados e 9) Participação da comunidade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

A PNAB define, também, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o principal dispositivo de consolidação da APS e destaca a RAS como referência para a organização de um cuidado integral. Ademais, a APS deverá ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação com a RAS do SUS coordenando o cuidado e ordenando ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Em 2008, o MS incentiva financeiramente a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a finalidade de apoiar as ações e ampliar a resolutividade das equipes de saúde da família (EqSF). Esses Núcleos devem ser compostos por equipes de profissionais para atuarem em cooperação com os profissionais da ESF devendo compartilhar suas práticas de saúde nos territórios de sua atribuição. O NASF é composto por oito áreas técnicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, saúde mental reabilitação, serviço social, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher e (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com Mendes (2011) a RAS é definida como princípios organizacionais das ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas e que, ao se integrarem através de diferentes técnicas, logística e de gestão, buscam garantir integralidade do cuidado em saúde de uma forma contínua e que deva ser prestada no tempo certo, lugar certo, com qualidade certa e de maneira humanizada à população adscrita (BRASIL, 2015).

Para Giovanella e Mendonça (2011), uma boa organização dos serviços de saúde da APS pode contribuir para maior eficiência de todo um sistema de saúde. Um sistema de “porta de entrada” obrigatória pela APS pode reduzir custos especialmente se operacionalizado por uma APS que disponha de recursos adequados.

Atualmente sabe-se que um profissional de saúde inserido na APS não pode se resumir a executar métodos e técnicas, pelo contrário, carece, mais do que executar procedimentos, debater e produzir novos saberes. Além disso, deve ser capaz de atuar para o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde de forma integral (JÚNIOR, 2007). A ideia de trabalho em equipe tem sido difundida como método para combater o intenso processo de especialização na área da saúde e consequente estratificação do ser humano e, portanto, confirma a ideia de APS integral. Esse segmento objetiva aprofundar o conhecimento das diversas formações em saúde e com isso a intervenção nos aspectos individualizados das necessidades de saúde de cada indivíduo (PEDUZZI, 2001).

1.3.2.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Para a análise e aprimoramento dos serviços da APS o MS tem estimulado a gestão pública de serviços com base nas ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados. Diversos esforços foram empreendidos para implementação de iniciativas que identifiquem qualidade nos serviços de saúde ofertados e, através disso, seja estimulado a ampliação do acesso aos cuidados em saúde nos diferentes contextos brasileiros (BRASIL, 2017).

Nessa direção, o MS instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que, por sua vez, vem sendo uma estratégia na busca por instituir uma cultura de análise, avaliação e intervenção e que favoreçam equipes de saúde da APS com capacidades institucionais para promoção de mudanças nas suas práticas para o aprimoramento do impacto da APS sobre condições de saúde da população (BRASIL, 2017). Sabe-se que a qualidade da atenção básica pode ser avaliada por meio da análise da concretização dos atributos de uma APS desenvolvida, a saber: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade,

coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural (STARFIELD, 2002; CHAVES; et. al., 2018).

A avaliação por meio do PMAQ é o momento em que é realizado um conjunto de ações para investigar condições de acesso e de qualidade dos serviços da APS dos municípios e das equipes participantes. Esse momento consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade dos serviços e procura reconhecer e valorizar os esforços e resultados das ações dos gestores e das equipes de saúde na qualificação da APS (BRASIL, 2017).

O instrumento está organizado em quatro módulos distintos, conforme o método de coleta das informações:

Módulo I - Trata da observação na Unidade Básica de Saúde e seus documentos, tem por objetivo avaliar características estruturais/físicas e do ambiente da Unidade de Saúde.

Módulo II - Entrevista com profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade com objetivo de verificar ações para a qualificação dos profissionais da equipe assim como obter informações sobre o processo de trabalho da equipe; organização do serviço e do cuidado.

Módulo III - Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização**.** Nesse módulo não há questões sobre as PICs.

Módulo IV - Entrevista com profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde.

Módulo eletrônico compõe um conjunto de informações complementares aos Módulos I, II e III. Essas informações são respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica pelo site do Programa PMAQ AB. Nesse módulo não há questões sobre as PICs.

No instrumento PMAQ – AB estão contemplados aspectos importantes das prioridades presentes na PNAB, tais como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança,

Saúde Bucal, Saúde Mental, Atenção às Doenças Crônicas etc. além de abranger questões que contemplam as Práticas Integrativas e Complementares nos Módulos I, II E IV (BRASIL, 2017).

O Instrumento PMAQ é um dos únicos instrumentos oficiais do MS que consideram análise sobre as PICs nos serviços da APS. Por esse motivo considerou-se importante, para a pesquisa, o aproveitamento das respostas prestadas pelas unidades de saúde da STS VM/JAB ao 3º ciclo do PMAQ-AB.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a inserção das Práticas Integrativas e Complementares em unidades da Atenção Primária à Saúde segundo as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado.

2.2 Objetivos específicos

a) Compreender como está a inserção das PICS nas unidades da APS a partir da percepção dos profissionais;

b) Descrever a inserção das PICS nas Unidades de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara a partir da Estrutura Processo e Resultado;

c) Identificar as práticas ofertadas nas unidades de saúde da Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Figura 1: Dr Avedis Donabedian (1919 - 2000)

O médico libanês Avedis Donabedian (1919 – 2000) foi um personagem histórico no campo da saúde mundial. Seus trabalhos, no âmbito da Saúde Pública, tiveram, e ainda têm, uma contribuição gigantesca, principalmente na esfera da qualidade dos serviços, representando um ponto de transformação para o desenvolvimento de uma ciência, à época, ainda principiante (SUNOL; FRENK, 2001).

Segundo relatos de companheiros, Professor Donabedian foi muito mais que médico, pesquisador e amigo. Foi um grande apaixonado pela língua e formas de expressão (falava e lia mais de 7 idiomas), poeta (adorava escrever poemas) e, sobretudo, foi um homem de extraordinária qualidade humana, sempre preocupado com os problemas de seus amigos e do mundo contemporâneo e se preocupou, também, em unir conhecimentos nas diversidades e tendências culturais (SUNOL; FRENK, 2001).

Doutor Avedis Donabedian foi professor emérito pela Universidade de Saúde Pública de Michigan (EUA), alcançando reconhecimento mundial por seus estudos e conquistando inúmeros prêmios por seu extenso trabalho na sistematização de conhecimentos dentro das ciências da saúde, especialmente àqueles centrados na melhora da qualidade assistencial (HUMET; SUNOL, 2001).

Em seus estudos, explorou o conceito de qualidade para além do controle estatístico e, para ele, a qualidade era (é) um processo por meio do qual é possível se obter maiores benefícios, contando com menores riscos utilizando-se uma quantidade aceitável de recursos (REIS; et. al., 1990; DONABEDIAN, 1978).

Suas principais contribuições foram, basicamente, conceituais e estabeleceu a prestigiosa classificação dos métodos de qualidade – Estrutura, Processo e Resultado -; a definição de qualidade; a relação entre métodos de processo e resultado; a sistematização dos critérios a serem considerados e fomentou reflexões muito importantes sobre a responsabilidade indispensável na melhora da qualidade e nos diferentes enfoques para gestão. Ademais, fez parte de uma das mais polêmicas e mais importantes discussões do século – o debate entre métodos de processo e

resultados e a discussão entre garantia de qualidade e qualidade total nos serviços de saúde – Nessa conjuntura, seus artigos foram cruciais para uma síntese das atitudes a serem tomadas para melhoria e avanços constantes dos serviços de saúde (SUNOL; FRENK, 2001).

Em seu prestigioso artigo "*Evaluating the quality of medical care*" do ano de 1966, posteriormente reeditado em 2005, Donabedian concebe um dos marcos da história da avaliação da qualidade da assistência em saúde, introduzindo uma das primeiras definições de **processo assistencial** como sendo um conjunto de atividades possíveis de se dividir em: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 1966, 1980, 2005; LORENZO, 2001). Ao afirmar que a **qualidade** do cuidado em saúde é atributo essencial que o cuidado em saúde deva ter para se obter um adequado ou inadequado atendimento, Donabedian sugere, então, que o objeto principal de estudo compreende, na verdade, esse "**conjunto de atividades**" as quais ocorrem dentro dos serviços e entre os profissionais de saúde e usuários (DONABEDIAN, 1980).

No contexto desse "conjunto de atividades", Donabedian, afirma que é fundamental o monitoramento contínuo dessas práticas para que se possa detectar e corrigir precocemente deficiências, permitindo o aperfeiçoamento e o desenvolvimento dos serviços de saúde. Para isso, o médico considerou uma **avaliação qualitativa** desse "conjunto de atividades" as quais acontecem durante o cuidado em saúde, e tal avaliação pode se dar sob a perspectiva das basilares três dimensões principais**: estrutura, processo e resultado**. No modelo, então conhecido como a "Tríade de Donabedian", ou "Tríade Donabediana", uma estimativa da qualidade do serviço e do cuidado em saúde pode ser realizada a partir da utilização de indicadores representativos por essas três dimensões (DONABEDIAN, 1980).

Donabedian (1980) descreve a "**estrutura**" como sendo as características relativamente estáveis pertencentes aos serviços e aos prestadores do cuidado em saúde; as ferramentas e recursos que eles dispõem e as configurações físicas e organizacionais em que trabalham (MELLEIRO; GUALDA, 2006). O conceito de estrutura incluí, também, recursos humanos, físicos e financeiros os quais são necessários para se prestar assistência à saúde. O termo estrutura abrange, ainda, o número de profissionais, a distribuição e a qualificação desse pessoal além da

existência de equipamentos, insumos, tamanho do espaço físico e acessibilidade aos serviços de saúde e suas instalações (DONABEDIAN, 1980).

A estrutura também incluí as equipes de saúde, suas características, sua organização no serviço e a presença ou ausência de comunicação entre elas. O uso da estrutura como medida indireta da qualidade da assistência depende da sua capacidade em influenciar o cuidado em saúde. As características da estrutura que se conhece, ou acredita-se ter, podem produzir um efeito fortalecedor na qualidade do cuidado e, para Donabedian, são consideradas evidências indiretas de qualidade (DONABEDIAN, 1980).

Para o "**processo**", Donabedian demonstrou que uma análise relativa à qualidade do "processo de cuidado" pode ser obtida por observação direta sobre os serviços/cuidados ou pela revisão/verificação de informações já armazenadas pelos serviços e que isso permitiria uma avaliação precisa para uma reconstrução/reorganização do que se passa no processo de cuidado em saúde. Mas, para Donabedian, enquanto o "processo" seria o objeto principal de avaliação, a base fundamental para o julgamento da qualidade seria o que se sabe sobre a relação das características desse "processo da assistência" à saúde e suas consequências para saúde e o bem-estar dos indivíduos e sociedade (DONABEDIAN, 1980).

O estudo do "**resultado**" é descrito por Donabedian como uma outra forma indireta de confronto com a avaliação da qualidade do cuidado em saúde. Para o autor, o resultado significa uma mudança no estado de saúde atual e futuro de um paciente que pode ser atribuída aos cuidados de saúde recebidos. Assim sendo, o resultado diz respeito aos efeitos do cuidado sobre o estado de saúde dos usuários e, consequentemente, populações e serviços de saúde. Embora alguns resultados sejam geralmente inconfundíveis e fáceis de medir (morte, por exemplo) outros resultados, não tão claramente definidos, podem ser complexos. Isso inclui, por exemplo, as atitudes dos pacientes, suas satisfações e a restauração da vida social.

Embora os resultados possam indicar bons ou maus cuidados em conjunto, eles não dão uma ideia da natureza e localização das deficiências ou pontos fortes a que o resultado possa ser atribuído. Os resultados, em geral, permanecem sendo validadores finais da eficácia e qualidade dos cuidados em saúde e compreende um

despertar do conhecimento do usuário sobre suas mudanças salutares e no seu comportamento perante novos eventos de saúde e consequente mudanças e efeitos obtidos nos serviços de saúde após o resultado final de um cuidado em saúde (DONABEDIAN, 1966; 1980).

Perante o exposto, foi estruturado um fluxograma simplificado para facilitar a visualização da Tríade Donabediana:

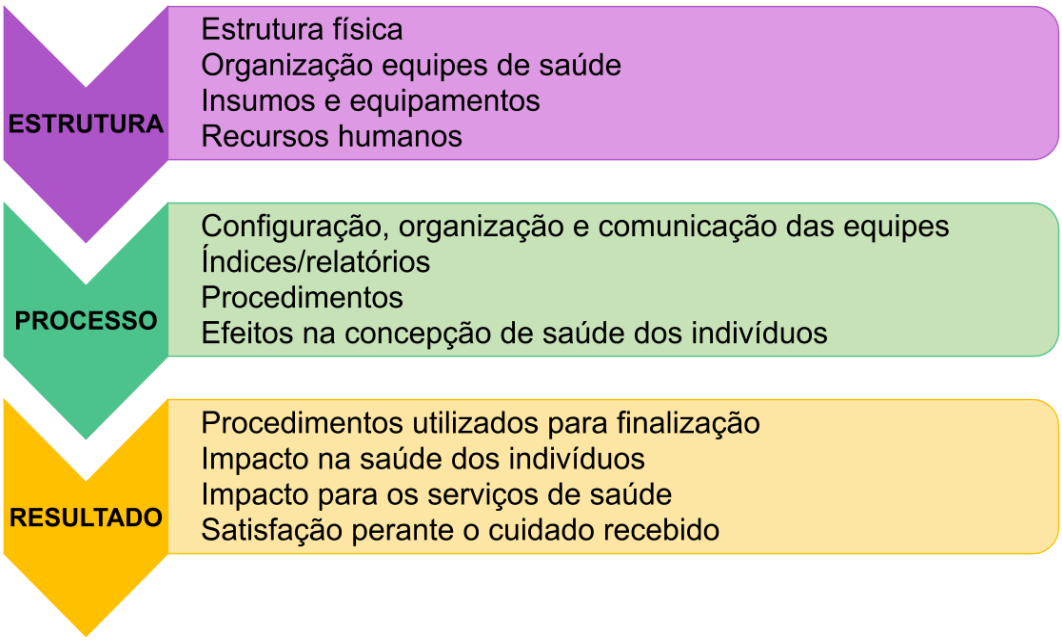


Figura 2: Fluxograma simplificado da Tríade Donabediana. São Paulo, 2020.

Diante dos novos saberes que envolvem o processo saúde-doença, e da grande demanda existente por cuidado integral, acolhedor e humanizado com o propósito de contemplar aspectos físicos e emocionais do ser humano, os serviços de atenção à saúde, inclusive os da Atenção Primária, devem passar por constantes avaliações para seu aprimoramento e melhoria.

Segundo Tanaka, 2011:

> *"O marco referencial teórico mais pragmático para a avaliação da APS é a concepção de avaliação de qualidade proposta por Donabedian"* (TANAKA, 2011, p. 5).

Nesse contexto, essa pesquisa considerou os conceitos e aplicações da tríade Donabediana para "avaliação" de um serviço de saúde: **Estrutura, Processo e**

Resultado como sendo um escopo para analisar a inserção das PICS nas Unidades da APS.

Diante do exposto, considerando como referencial teórico Donabedian (1980, 1988, 1993), a pesquisa realizada anteriormente por mim (FOGAÇA, 2018) e as revisões sobre o tema das PICS e sua utilização nos serviços da APS, pergunta-se: Como está a inserção das PICS na Atenção Primária à Saúde? Qual a percepção dos profissionais sobre a inserção das PICS em relação à estrutura, processo e resultado?

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Realizou-se pesquisa de campo do tipo transversal, descritiva e de natureza qualitativa.

> “A pesquisa qualitativa é desenvolvida mediante um processo indutivo e cabe ao pesquisador iniciar com observações de natureza mais livre, isso permite que as dimensões e categorias de interesse se evidenciem no decorrer da coleta de dados. A influência do pesquisador sobre o objeto analisado deve ser mínima para possibilitar a investigação dos fenômenos, de maneira mais natural possível e isso demanda uma imersão profunda nos significados, ações e relações humanas” (HOGA et. al., 2016).

O processo de pesquisa qualitativa é eminentemente holístico e indutivo tomando como referenciais o entendimento, a compreensão, a construção de sentido e a intencionalidade (SPADACIO; et. al., 2010).

Janesick (2016) traz uma interessante definição para pesquisa qualitativa chamando-a de “Investigação Contemplativa” e diz que é uma pesquisa planejada com uma ênfase séria e profunda no pensamento e que deve ser conduzida sem confusões na mente, sem confusão no desenho do estudo e com abertura para atenção plena. Para autora, a Investigação Contemplativa utiliza técnicas do processo de pesquisa qualitativa que depende da intuição, criatividade e imaginação e, além disso, inclui um componente estético, como poesia, artes visuais; como fotografias; ou formas de arte digital.

4.2 Local da pesquisa

O local da pesquisa foram cinco unidades da APS, que ofertam alguma das 29 PICS listadas na PNPIC, vinculadas à Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste (CRS Sudeste) restritas à Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara (STS - VM/JAB) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP). A região Sudeste foi escolhida por ser uma região bastante contemplada com unidades que ofertam diversificadas PICS. É uma região de saúde possível de perceber o fluxo de usuários em RAS, pois dispõe de Centros de Referência em PICS, Centros de Reabilitação que ofertam PICS, além de diversas UBSs.

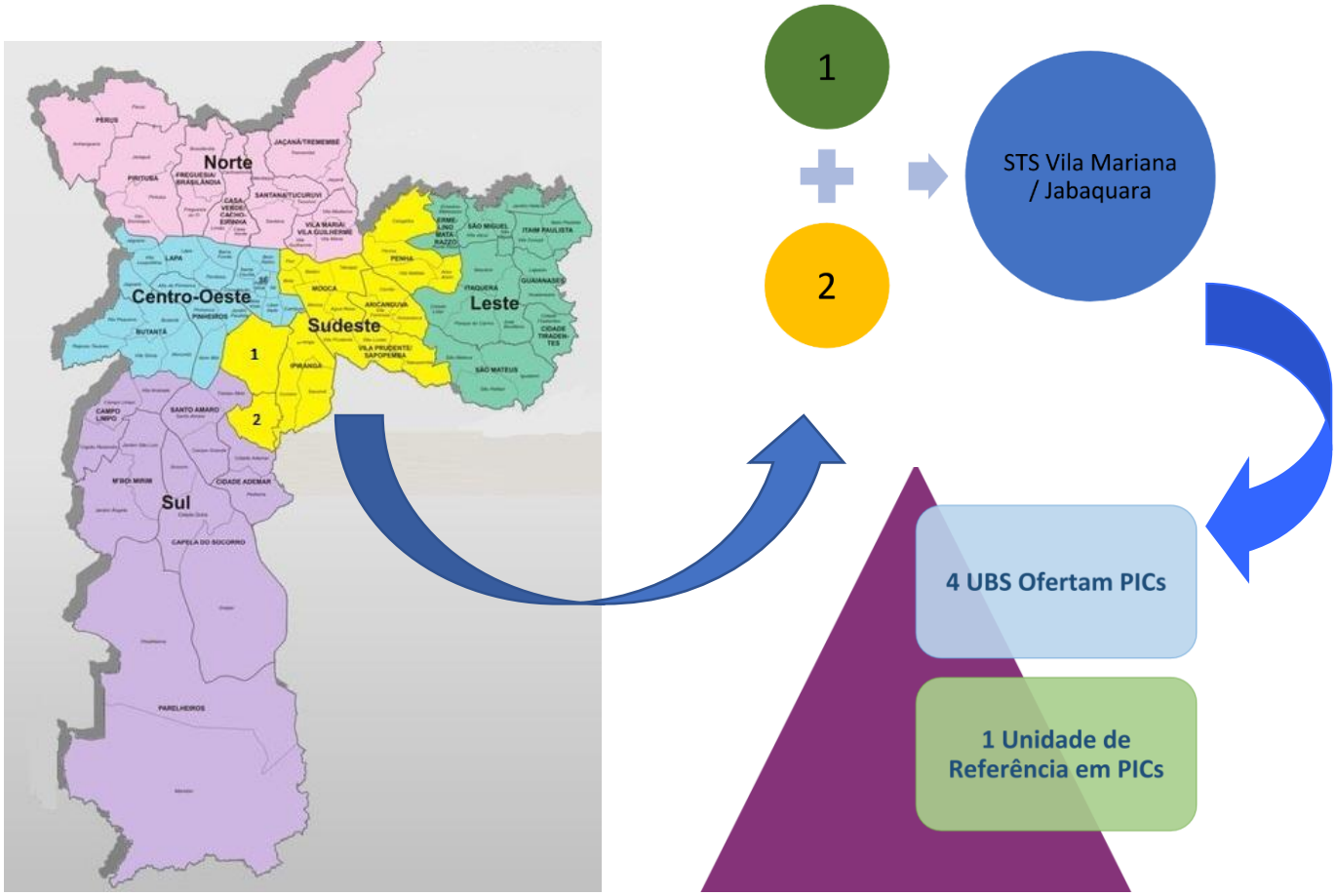


Figura 2: Regiões de saúde do município de São Paulo, Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara e Unidades de saúde incluídas no estudo. São Paulo, 2020.

Em um primeiro momento, as unidades foram selecionadas a partir de uma relação de unidades que ofertam PICS obtida por meio de acesso ao site da SMS/SP (APÊNDICE A) e, para confirmação dessa lista; da existência ou não de grupos de PICs nas unidades; verificação de unidades de APS; entre outros, foi solicitado à STS

VM/JAB uma lista atualizada que, então, foi fornecida pela interlocução da Área Técnica das PICS da STS VM/JAB (APÊNDICE B).

Por meio dessa lista fornecida pela interlocução de PICS, foi-se excluindo unidades de saúde que não contemplavam os critérios de inclusão. Excluiu-se: unidades que não eram APS; que a oferta de PICS era por voluntário; unidades que não estavam ofertando PICS naquele momento; unidades que ofertavam práticas corporais, mas que não eram nenhuma das 29 listadas pela PNPIC e uma unidade em que o gerente da unidade e nem o profissional responderam aos e-mails convite para pesquisa. Ao final, restaram cinco unidades de saúde que foram incluídas.

O município de São Paulo apresenta especificidades na distribuição e organização das unidades de saúde que é feita por seis regiões de saúde (Centro, Norte, Leste, Oeste, Sul e Sudeste) (SÃO PAULO, 2019) devido ao seu grande número de habitantes (12,18 milhões) e ampla área territorial urbana (1.521,110 km²) (IBGE, 2019). Por isso, as PICS no município contam com diferentes formas de oferta e, cabe salientar essa peculiaridade, pois, uma das unidades de saúde incluídas no estudo, oferta algumas PICS por APS e outras pela RAS. Algumas unidades, assim como esta, possuem características “mistas” para oferta de PICS, algumas modalidades das práticas são por livre demanda/acesso e outras, mesmo sendo ofertadas no mesmo serviço, o acesso é por agenda regulada. Ou seja, é preciso que o usuário passe por consulta com especialista para, posteriormente, valer-se de atividades diversas das PICS.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos foram nove profissionais de saúde, do sexo feminino, com idades entre 32 e 62 anos e de diferentes categorias profissionais os quais atuavam com alguma das 29 PICS nas cinco unidades de saúde da STS VM/JAB. A escolha desses profissionais, em um primeiro momento, foi feita por meio de lista editada pela SMS/SP e publicada em seu site (APÊNDICE A) e, para confirmação desses profissionais, entrou-se em contato com a interlocução de PICS da STS VM/JAB a qual disponibilizou uma segunda lista (APÊNDICE B), relacionando os profissionais, as práticas ofertadas por eles e as unidades em que estavam vinculados.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa profissionais que utilizavam recursos das 29 PICS listadas na PNPIC e que estivessem vivenciando o fenômeno estudado em unidades de saúde da APS.

4.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa voluntários que ofertavam PICS nos serviços, serviços de saúde que não tinham características de APS e serviços que ofertavam práticas, mas que não eram nenhuma das 29 listadas na PNPIC.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se por duas formas: a coleta dos dados primários foi feita com nove profissionais que ofertam alguma das 29 PICS da PNPIC em cinco unidades de saúde da STS VM/JAB, após ciência e consentimento junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio de entrevistas; observações de sua prática e do serviço; informações sobre os serviços e a “interpretação” de imagens/fotos feitas pela pesquisadora. A coleta de dados secundários, para discutir os dados primários, adveio do resultado das respostas das unidades ao PMAQ AB 3º ciclo (segundo semestre de 2018) e das produções/atendimentos em PICS registrados por elas no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e tabulados pelo TabnetWin.

4.6.1 Procedimento

O primeiro contato para realização da pesquisa foi por meio de uma carta de anuência e solicitação de co-participação, editada pela própria pesquisadora, enviada por e-mail ao responsável do Departamento de Atenção Básica / Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares da SMS/SP. Neste documento, havia toda explicação necessária para início da pesquisa. Após esse contato, e a anuência, o projeto foi submetido ao CEP da SMS/SP e ao CEP da UNIFESP.

Após aprovação dos dois CEPs, o próximo contato foi feito com a Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste (CRS Sudeste) e, por meio dela, contato

com a interlocução das PICS da STS VM/JAB. O responsável da interlocução de PICS da STS VM/JAB possibilitou o comunicação com os gerentes das cinco unidades de saúde escolhidas e esses disponibilizaram contato com os profissionais das suas unidades que trabalhavam com PICS.

O contato com os profissionais se deu por e-mail e/ou WhatsApp e, após aceite, foi agendado melhor dia e horário para início da coleta. No dia agendado, no primeiro momento, os profissionais assinaram o TCLE e responderam a um questionário sociodemográfico (APÊNDICE C). Na sequência, foi realizada a entrevista semiestruturada, por meio de três perguntas norteadoras, as quais foram gravadas em áudio. As entrevistas foram feitas de maneira individual, no local de trabalho de cada profissional, em horário de trabalho, porém, reservado por eles para a sua contribuição com a pesquisa.

As três questões norteadoras foram elaboradas de maneira que se pudesse contemplar as PICS na pesquisa abordando os aspectos de Estrutura, Processo e Resultado, como segue:

1) Você percebeu algum efeito das PICS sobre a qualidade do serviço no que diz respeito à estrutura da unidade?
2) Você percebeu algum efeito das PICS sobre a qualidade do serviço no que diz respeito ao processo de cuidado, desde o acolhimento até a alta ou encaminhamento?
3) Você percebeu algum efeito das PICS sobre a qualidade do serviço no que diz respeito ao resultado do cuidado de um paciente?

Além da entrevista gravada, foi solicitado aos entrevistados, autorização para que se pudesse realizar observação de sua prática e vivência e, para melhor descrever a estrutura, o processo e o resultado, foram solicitados dados sobre o serviço como: número de profissionais que atuavam com PICS; quais PICS o serviço oferecia; tipo de usuário que mais frequentam as PICS, entre outros.

As entrevistas gravadas com os nove sujeitos do estudo, tiveram duração de 2h e 36 minutos e, posteriormente, foram transcritas na sua íntegra. A presença da pesquisadora em cada unidade de saúde durou, em média, 5 horas. Essa etapa da

coleta dos dados primários, foi realizada entre os meses de Abril e Maio de 2019 pela própria pesquisadora.

A pesquisadora buscou realizar todo trajeto, desde sua residência até às unidades de saúde, por meio de transporte público e caminhando a fim de vivenciar o trajeto percorrido, também, por muitos usuários até a unidade de saúde.

4.7 Análise de dados

A análise dos dados primários considerou: informações sobre o serviço; das entrevistas; das observações e a “interpretação” de imagens/fotos. Para início da análise dos dados utilizou-se a transcrição rigorosa dos áudios obtidos a partir das entrevistas. Os textos foram categorizados e organizados através do software MAXQDA (2018) e para a categorização utilizou-se a perspectiva de Janesick, considerando fenômenos significativos das narrativas dos participantes durante a entrevista.

Para essa etapa, Janesick (1995), propõe cinco fases, que são: 1) localização de frases relacionadas ao fenômeno estudado; 2) interpretação dessas frases como um leitor conhecedor; 3) obtenção da interpretação do próprio sujeito, quando possível; 4) investigação dos significados como modo de verificar o que eles revelam a respeito das características essenciais e recorrentes do fenômeno do estudo e 5) elaboração de prováveis definições e/ou afirmativas a respeito do fenômeno, por meio de características essenciais identificadas. Por fim, as categorias foram organizadas em macrocategorias considerando-se: a estrutura, o processo e os resultados (DONABEDIAN, 1980, 1988, 1993).

A análise dos dados secundários, deu-se por meio das respostas dos serviços ao PMAQ 3º ciclo e dos registros sobre atendimentos de PICS disponibilizados no SIA SUS TabnetWin da SMS/SP.

4.8 Aspectos éticos

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo – (CEP/UNIFESP) aprovado sob o CAEE - 94826518.1.0000.5505 e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP/SMS) CAEE -

94826518.1.3001.0086, instituição coparticipante. A pesquisadora assumiu o compromisso da observância das normas aplicáveis para pesquisa em Ciências Humanas e Sociais envolvendo utilização de dados de seres humanos, de que trata a Resolução MS/CNS n° 510/2016. Não houve identificação dos profissionais entrevistados e nem das unidades incluídas no estudo. Os entrevistados foram denominados “E 1 a 9” e as Unidades, como “Unidade 1 a 5”.

Nos discursos de alguns entrevistados, em um ou outro momento, eles mencionavam nomes de outros profissionais da equipe. Para preservar a identidade de todos (as), optou-se por trocar os nomes dessas pessoas por nomes de flores.

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi organizada segundo a ordem: Informações sobre a Unidade levantadas durante observações e entrevistas; classificação das categorias dos discursos; resultados da avaliação PMAQ – AB e registros sobre PICS das unidade no SIA/SUS.

Foram registradas, por meio de fotos e breves anotações, percepções gerais sobre o serviço, como: estrutura física, presença ou não de insumos para as PICS, acolhimento, acessibilidade, entre outros. Todas informações registradas serviram substancialmente para elaboração de relatórios de modo a auxiliar e incrementar a análise e interpretação dos resultados.

A utilização e apresentação de fotografias nesta pesquisa teve como objetivo o uso de mais um dispositivo que possibilitasse explorar diferentes dimensões do vivido durante os dias de coleta de dados, bem como contribuir para estabelecer uma análise das implicações que se passaram durante os processos instigados pelas experimentações diárias no trajeto, chegada, permanência e saída do local da pesquisa.

O uso de fotografias pode ser prática recorrente entre pesquisadores como forma de produção dos seus registros, das suas experiências e possibilitam uma análise das suas implicações, demarcando seu lugar, como pesquisador, no cenário de pesquisa, contrapondo-se, entretanto, à neutralidade deste perante o fenômeno vivenciado. Portanto, a pesquisadora realizou registro fotográficos com a finalidade de tornar os cenários de pesquisa vivenciados um objeto mais realístico e “palpável” ao leitor.

Não se trata, entretanto, de uma abordagem Fotoetnográfica, a qual mereceria um estudo muito mais profundo, assim como o realizado por Melleiro & Gualda (2006), trata-se, apenas, de “capturas” da realidade das unidades de saúde e daquilo que os relatos dos sujeitos entrevistados traziam como importantes. Tudo com a finalidade de demonstrar, no estudo, a vivência *in loco* da pesquisadora tal como o leitor pudesse “viver”.

5.1 Informações sobre os serviços e profissionais

A única PIC ofertada em todas 5 Unidades de saúde do estudo foi a Auriculoterapia, seguida da Dança Circular, ofertada em 4 Unidades; Meditação e Lian Gong, ofertadas em 3 das Unidades; Tai Chi e Xian Gong, ofertadas em 2 das 5 Unidades. As PICS: Acupuntura, Homeopatia, Yoga, Qi Gong são ofertadas em uma Unidade de saúde e a Prática Corporal Japonesa, Rádio Taisso, apesar de não estar na lista das 29 PICS da PNPIC, é oferecida em uma Unidade de saúde, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1: Relação das PICs ofertadas nas 5 Unidades de Saúde do estudo. Fonte: informações obtidas pela pesquisadora durante coleta de dados e vivência em campo. São Paulo, 2020.

Durante as entrevistas, os 9 entrevistados relataram que seus pacientes mais comuns são idosos e mulheres. Apenas dois, do total de entrevistados, também relataram que, além de idosos e mulheres, atendem crianças e adolescentes e outros 2 entrevistados relataram eventuais atendimentos aos homens. As enfermidades mais comuns atendidas com PICS pelos 9 entrevistados, são: doenças crônicas, sendo relatada pelos 9 entrevistados; depressão, relatada por 8 dos 9 entrevistados e um dos entrevistados mencionou seus atendimentos a usuários em situação de vícios, como demonstra o Gráfico 2.

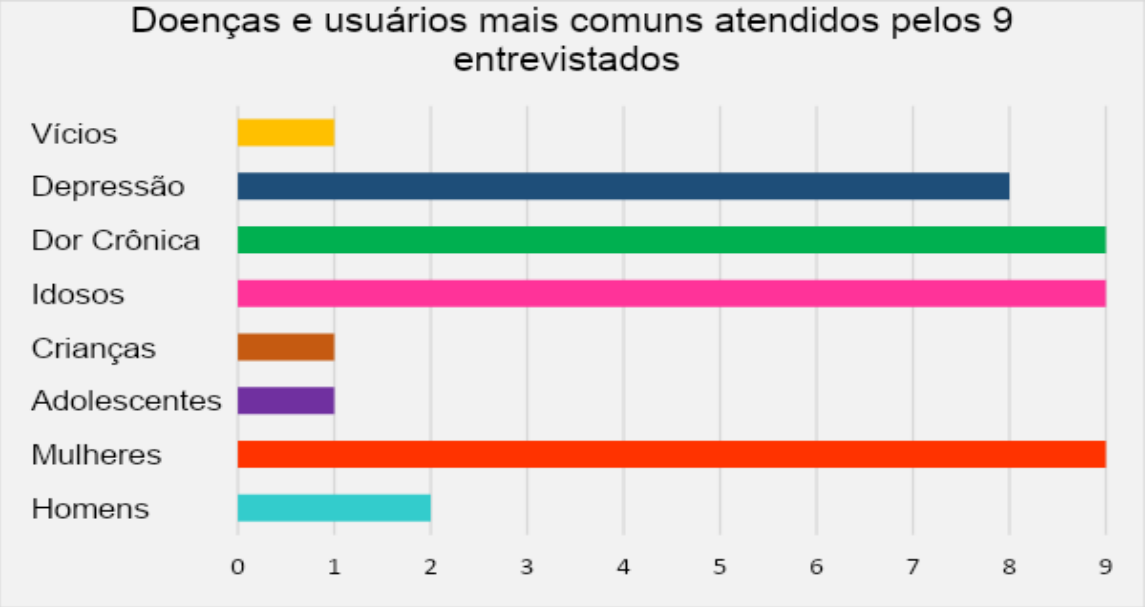


Gráfico 2: Relação das doenças e usuários mais comumente atendidos com PICS pelos entrevistados. Fonte: informações obtidas pela pesquisadora durante coleta de dados e vivência em campo. São Paulo, 2020.

Durante a coleta de dados com os 9 entrevistados nas 5 unidades, foi possível constatar que, além deles, havia outros profissionais ofertando alguma prática na unidade e que, essas práticas eram relativamente diferentes de uma unidade para outra. Por exemplo, na Unidade 1 houve apenas um sujeito entrevistado e nota-se que havia outros 2 que ofertavam práticas diversas. Tomou-se conhecimento desses outros profissionais apenas durante a coleta de dados e verificou-se que muitos deles faziam atendimentos em mais de uma unidade de saúde da mesma região. Esses profissionais também não apareciam na lista referência disponibilizada pela STS VM/JAB, quando utilizada para escolha das unidades e profissionais no início da pesquisa.

Unidade de saúde	Nº de profissionais que ofertam alguma PIC na unidade
UNIDADE 1	3 profissionais (1 oferta Auriculoterapia, 1 Meditação e 1 Práticas Corporais – Qi Gong, Dança Circular, Tai Chi Pai Lin, Lian Gong, Xian Gong).
UNIDADE 2	5 profissionais e 2 a 3 Residentes não fixos (3 profissionais ofertam Acupuntura, 1 oferta Homeopatia, 1 oferta práticas corporais – Tai Chi Pai Lin, Lian Gong, Dança Circular, Radio Taisso e Meditação e os Residentes geralmente ofertam Auriculoterapia, Geoterapia, Aromaterapia e alguma prática corporal).
UNIDADE 3	3 profissionais (2 ofertam práticas corporais - Lian Gong, Dança Circular e Xian Gong e 1 oferta Auriculoterapia)
UNIDADE 4	4 profissionais (2 ofertam práticas corporais – Lian Gong, Xian Gong e Dança Circular, 1 oferta Auriculoterapia e 1 oferta Meditação).
UNIDADE 5	3 profissionais (Os 3 ofertam Auriculoterapia, Dança Circular e Meditação e 1 deles também oferta Yoga).

Quadro 5: O Quadro 5 demonstra a relação do número de profissionais que ofertam PICS nas unidades do estudo e quais PICS são ofertadas. Fonte: informações obtidas pela pesquisadora durante coleta de dados e vivência em campo. São Paulo, 2020.

5.2 Entrevistas

Dentre os discursos dos nove entrevistados, foi possível identificar oito categorias: **Espaço para oferta de PICS**; **Recursos Humanos para PICS**; **Insumos para PICS**; **Acesso às PICS**; **Gestão e PICS**; **Formação em PICS**; **Cuidado em PICS** e **Qualificação do cuidado e PICS**.

Para ilustração, foi feito um mapa de categorias utilizando uma opção do software MAXQDA. O software considera os temas mais frequentes nos discursos dos entrevistados um fato relevante para formação das palavras das frases. Ou seja, a categoria "Qualificação do cuidado em PICS" é a mais evidente e robusta pois o MAXQDA considera a categoria com maior "peso", pois houve o maior número de discursos relacionados a ela. A categoria menos evidente foi a "Insumos para PICS", pois os discursos dos entrevistados se referiam poucas vezes ao tema.

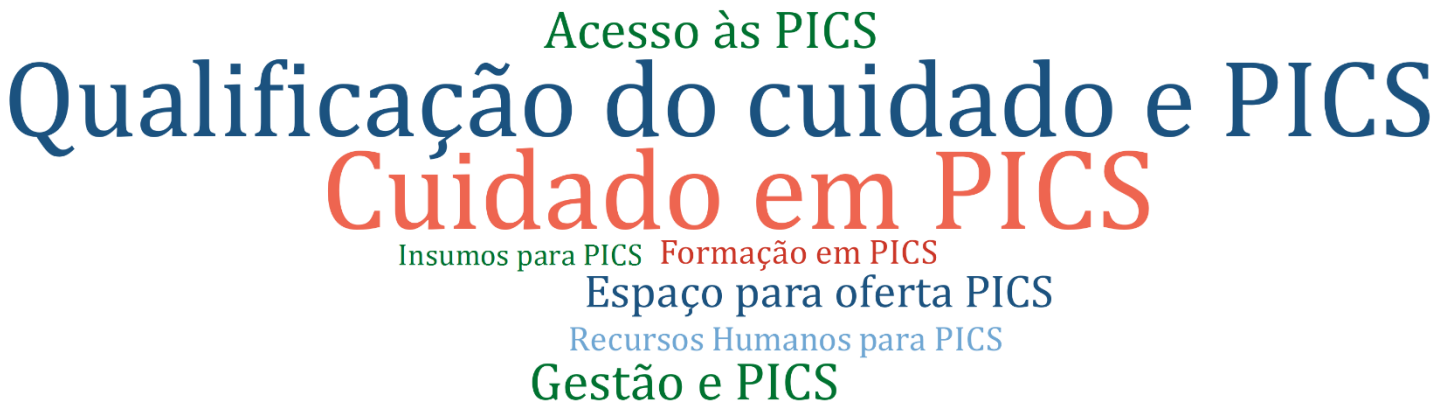


Figura 3: Mapa de categorias obtidos pelo software MAXQDA considerando os temas mais e menos frequentes dos discursos dos entrevistados. São Paulo, 2020.

Quando possível, considerou-se incluir a apresentação das fotos das unidades, com uma breve descrição de cada uma, junto à exposição dos extratos dos discursos, tendo como finalidade exemplificar e descrever de maneira mais realística aquilo que era trazido em cada relato.

5.2.1 Espaço para oferta de PICS

Nos discursos dos nove entrevistados foi possível identificar que falta espaço físico específicos e adequados para oferta de PICS.

Dois, dos 9 entrevistados, relatam a importância de se privilegiar espaços em unidades construídos especificamente para PICS a fim de se garantir a oferta. Seguem os relatos:

*"Mas a gente **gostaria mesmo de um espaço**, de **uma sala** para a gente fazer, tem o Tai Chi Pai Lin, tem práticas deitadas, um alongamento deitado e **a gente não consegue fazer isso lá fora, na friagem, no chão duro**, não tem condições".* E1

*"A outra coisa é espaço**. Privilegiar o espaço, que é uma luta frequente**. Nós estamos aqui em uma **unidade que ainda tem um jardim**, tem alguma coisa, mas, **mesmo assim, nós precisamos de espaço** para que a gente consiga fazer essas práticas. **Precisa de um lugar coberto** para fazer essas práticas, **precisa de uma sala de meditação**... ...**Um pouco mais de estrutura física para se fazer os grupos**, reuniões. **Enfim... falta espaço e estrutura física** para isso".* E5

*"**O ideal seria ter em toda unidade básica, você ter também unidade de PICS**. **Não sei até onde isso é viável na estrutura que se tem**, mas se você conseguir fazer unidades de referência, pelo menos nas regiões, você já começa integrar isso para que a coisa comece a desenvolver... ...**Que a gente tenha espaço físico**".* E5

*"Na realidade não se havia pensado nisso **quando formaram as unidades básicas de saúde**, **não se tinha isso...** ....Talvez **o administrador não vai conseguir colocar em todas as unidades básicas**, **mas se você fizer alguns centros de referência, isso vai aumentando**". E5*

Para um dos entrevistados, as PICS perderam espaço físico na unidade, pois outros serviços se alocaram no mesmo imóvel. Segue relato:

*"...infelizmente, nós como centro de referência em medicina tradicional, homeopatia e PICS, **tivemos um encolhimento do espaço físico da nossa unidade.***

Nossa unidade já foi maior, já agregou muito mais espaço para práticas e hoje ela está encolhida, não tem outra palavra*. Porque* ***juntou-se a nós outros serviços de saúde e isso acabou realmente diminuindo nosso espaço físico****. O que às vezes nos dá alguns problemas, de adequação de pessoas aos espaço... ...nos* ***sobrou****, no momento, para a prática das PICS, o* ***nosso jardim****, que aí* ***pode ser feito nos dias bons****, e uma* ***sala de reunião*** *que é multifuncional, que o pessoal* ***usa para meditação. Mas, de modo geral, infelizmente nós percebemos que o nosso espaço diminuiu. Diminuiu ao ponto de às vezes termos algumas situações que a gente tem que se reorganizar****..."* E6

Para 3 entrevistados, embora haja espaços agradáveis, como jardins, outros construídos e outros adaptados para prática, ainda assim não são adequados pois têm dificuldades com acessibilidade e problemas com o espaço ser aberto ao tempo. Seguem os relatos:

"A gente ***não tem espaço****.* ***Embora a gente faça a prática ali no jardim, que é um espaço maravilhoso e o povo gosta*** *de fazer ali por causa daquelas plantas, das flores... ...****Nos dias de chuva que a gente passa um pouco de aperto****, porque tem a dança circular. Então, a dança circular,* ***nos dias de chuva não é dada****. A professora já avisa e não vem, por causa do espaço mesmo.* ***As outras práticas, mesmo com chuva, tem uma parte coberta, a gente consegue fazer alguma coisa****, porque sempre vem um ou outro".* E1

Foto 1: A foto 1 demonstra o jardim da unidade onde acontecem as práticas corporais. O espaço é arborizado, ouve-se os pássaros, que inclusive têm um comedouro, há uma pequena horta com algumas plantas medicinais, bancos para sentar-se, é acessível a partir da entrada da unidade, porém, ao ar livre. Quando chove, faz muito frio ou muito sol, as práticas não são ofertadas.

Foto 2: Essa foto demonstra o espaço coberto para onde os usuários e profissionais se abrigam quando não é possível utilizar o jardim para praticarem as PICS. Vê-se que o local (a unidade) abriga outros serviços de saúde, como SAMU, por exemplo. O espaço é coberto, há bancos para sentar-se, no entanto fica no trajeto dos usuários para adentrarem à unidade. Percebe-se a faixa amarela guia para deficientes visuais e o chão frio e duro que impossibilita a execução de algumas modalidades das PICS.

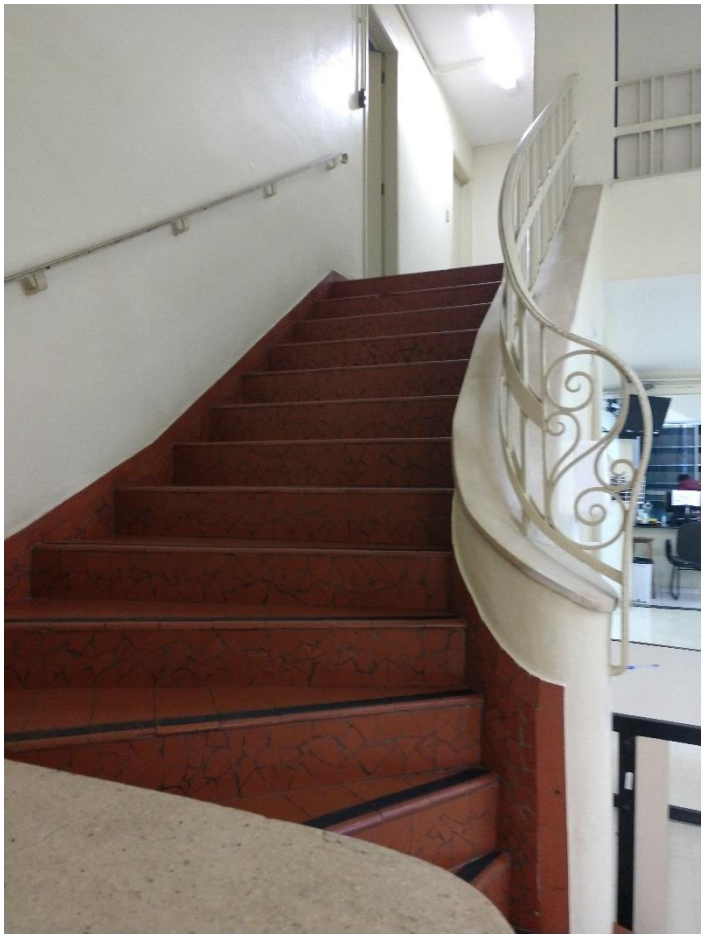


Foto 3 e 4: As duas imagens demonstram a sala multifuncional, que é utilizada para oferta de grupos de meditação e a escadaria que é preciso subir para acessar a sala. A sala é ampla, repleta de janelas, bem ventilada, possui muitas cadeiras que acomodam por volta de 15 pessoas sentadas, parece mais silenciosa por ser no andar superior, porém, a escadaria pode ser considerada um dificultador à oferta de grupos de meditação, pois, usuários com dificuldade de locomoção e cadeirantes, não iriam conseguir participar da prática.

“Por exemplo, aqui, como tem a escada, quando ***colocaram essa cobertura, foi justamente pensada nessa questão das práticas integrativas****, porque a gente sempre faz lá embaixo. Quando está chovendo a gente sobe.* ***A dificuldade maior para elas, realmente, é a escada”***. E2

Foto 5 e 6: A imagem à esquerda mostra o imóvel tipo sobrado da unidade de saúde. No andar superior foi adaptado um espaço coberto para oferta de PICS, porém, como pode se ver no canto inferior esquerdo da imagem, há uma pequena porta para acesso a escadaria que leva os usuários e profissionais ao espaço adaptado para oferta de PICS. A escadaria é totalmente inacessível aos usuários com dificuldade de locomoção e a unidade não dispõe de elevador. A foto à direita demonstra o estacionamento da unidade onde acontecem a maioria das práticas corporais, mas as práticas não acontecem quando está chovendo ou quando há muitos carros de funcionários estacionados.

*"**Teve que ter uma mudança de estrutura mesmo**. Ali **se adaptou** mesmo **para poder fazer todas as atividades que têm aqui no posto**. Xiang Gong a gente faz ali, dança circular a gente está tentando fazer ali também, os outros grupos também".* E3

No relato acima é possível identificar que o entrevistado E3 menciona que a unidade adaptou espaço coberto para oferta de PICS. Realmente, durante a visita para coleta de dados foi possível verificar que há um espaço coberto, com cadeiras, vasos de flores, bebedouro de água e ventiladores aos fundos da unidade. Porém, no dia da coleta, não foi possível obter fotos deste local, pois estava repleto de usuários e profissionais utilizando o espaço para outras atividades.

A acessibilidade à essa mesma unidade é dificultada em decorrência de uma escadaria bem precária e, também, por uma rua extremamente íngreme na lateral.

Foto 7: A imagem mostra uma escadaria muito íngreme que dá acesso à unidade de saúde que fica logo no topo à esquerda. A escadaria está mal conservada, corre esgoto no lado direito, há lixo ao ar livre e, certamente, não são todos usuários que a utilizam para acesso à unidade.

Para um entrevistado, há espaço apropriado na unidade o qual, inclusive, propicia visibilidade às práticas e contribuem para que os usuários se interessem por praticá-las. Segue relato:

*"...em relação às **práticas**, que já ocorrem há dez anos, que são **Tai Chi, Xiang Gong com as agentes de saúde**, esses pacientes têm boa percepção por que é realizado fora da unidade, no jardim. Então, todo o usuário que chega à unidade encontra os pacientes fazendo atividade e se interessam pela prática que está ocorrendo".* E4

Foto 8 e 9: As fotos 8 e 9 mostram a entrada da unidade onde acontecem as práticas corporais. O espaço é calçado, arborizado, há um jardim, bancos para sentar-se, um rádio com música e rampas de acesso. A maioria das práticas corporais são ofertadas nesse espaço da entrada possibilitando a visibilidade e interesse por quem chega à unidade. A dificuldade estaria em ofertar as práticas nos dias de chuva.

Para 3 entrevistados os espaços atuais precisam ser divididos, ou até mesmo concedidos, para outras demandas da unidade e a prática do Reiki teve que ser suspensa por não ter espaço específico para sua aplicação. Seguem relatos:

"Aqui a gente aplica a Auriculoterapia e a gente agenda a cada 15 minutos quatro pacientes. Então, ***a gente precisa de uma estrutura grande, a gente precisa de sala grande.*** *Nós somos em três profissionais do NASF aplicando a aurículo e, normalmente, a gente precisa ficar caçando sala dentro da unidade.* ***Então, o espaço físico da unidade é desfavorável nesse sentido.*** *A* ***gente acaba reservando a sala de reunião que é um pouco maior, mas, às vezes tem vacina, às vezes eles estão com entrega de kit... ...nem sempre a gente consegue utilizar de fato.*** *Então, a gente tem que correr para alguma sala, normalmente para a nossa aqui, que é bem apertadinha, não tem janela, enfim. Então, para isso a gente sente um pouco de* ***dificuldade, no espaço físico mesmo****"*. E7

"...a gente ***ainda tem a questão do espaço que é muito ruim****. Então, gerou um incômodo no espaço... ...****a gerente possibilitou que a gente fizesse uma reserva de sala, mas ainda assim a gente tem muitos conflitos por questões de calendário da unidade.*** *Então, às vezes a gente tem a sala reservada para isso, porque aqui, três pessoas nessa sala para fazer atendimento é bem difícil, até para a gente conversar, porque quando a gente faz avaliação fica todo mundo falando ao mesmo tempo. Então,* ***a gente conseguiu esse espaço, mas ao mesmo tempo, quando tem uma campanha, quando tem vacinação, quando tem alguma coisa aleatória, eventual, a preferência sempre é dessa outra necessidade.*** *Então,* ***a gente entende que gerou um interesse, que mobilizou a unidade, mas que ainda assim é colocado em segundo plano, quando vem alguma outra coisa que está ligada ao calendário da unidade***". E8

"Pensando no ***lado negativo é o espaço físico mesmo****... ...****às vezes não tem sala para atender.*** *É o que a colega falou, nós somos três profissionais e são três pacientes a cada 15 minutos. É aquele entra e sai. Quando não tem sala, aí a gente atende aqui mesmo.* ***Quando tem, a gente usa a sala de reunião, lá embaixo, que é um espaço maior, aí dá, fica bem estruturado e os pacientes não precisam subir escada****".* E9

"...teve uma época que ***eu aplicava Reiki****... ...e* ***infelizmente não deu para ir além, e aqui também não, por conta da sala****. Porque o Reiki é uma aplicação que precisa de mais tranquilidade ainda*". E8

"...um ***paciente que tem dificuldade****, ele anda, mas tem dificuldade... ...****atender esse paciente que é mais restrito, aí eu desço****, a gente* ***tenta atender lá embaixo, no local que estiver disponível****".* E9

Foto 10: A foto 10 demonstra os atendimentos de Auriculoterapia em grupo realizados em uma sala ampla de reuniões no piso térreo da unidade. A sala é multifuncional, possui várias cadeiras, ventilação, mesas de apoio, é equipada com computador e televisor e muitos profissionais a utilizam. Dificilmente os profissionais que ofertam PICS conseguem reservá-la, pois, há sempre outras demandas consideradas prioritárias pela unidade.

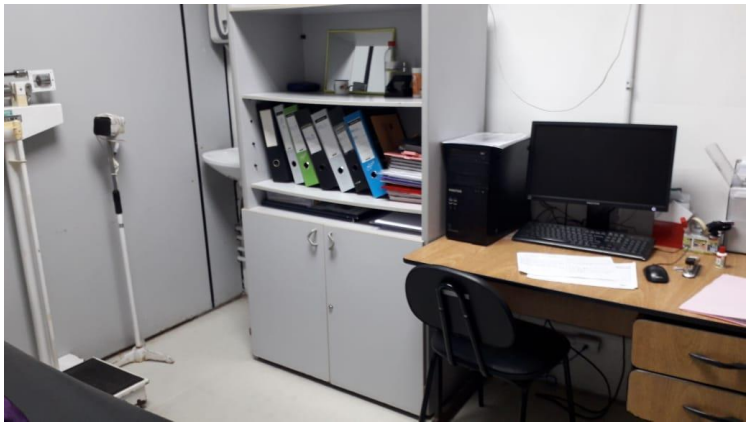


Foto 11 e 12: As duas fotos demonstram a pequena sala dos profissionais utilizada nos atendimentos de Auriculoterapia. A sala é bem pequena, não tem janelas, há apenas um pequeno ventilador, possui muitos materiais de trabalho dos profissionais e é utilizada geralmente por três profissionais ao mesmo tempo para atendimento de Auriculoterapia. O acesso à essa sala é pela escadaria demonstrada na foto 13, logo abaixo.

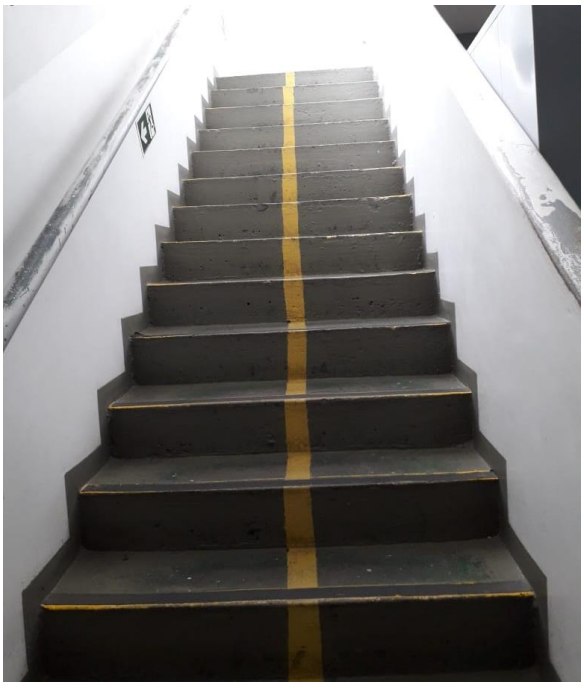


Foto 13: Escadaria para acesso à sala de atendimentos de Auriculoterapia. A grande maioria dos atendimentos de Auriculoterapia nessa unidade são feitos pelos profissionais na sala pequena a qual essa escadaria dá acesso.

5.2.2 Recursos Humanos para PICS

Durante os discursos dos nove entrevistados foi possível verificar que seis entrevistados relatam falta de profissionais capacitados para oferta de PICS, apesar de existirem as capacitações pelo gestor.

Para quatro entrevistados, dentre os seis, se houvesse maior número de profissionais capacitados em PICs, seria possível melhorar e aumentar a oferta pois a demanda por PICs é alta. Seguem os relatos:

"...Concordo que também ***o quadro é pequeno****,* ***falta funcionário****, então, fica difícil deixar seu trabalho para ir fazer a prática. Tem essa dificuldade também.* ***Se tivesse um maior número de funcionários*** *para estar cobrindo,* ***não estar deixando faltar,*** *então, acho que tinha mais disponibilidade de fazer".* E1

"*Antigamente,* ***há cinco anos, eu fazia tudo sozinha****, eu e a Margarida.* ***Depois foi colocado para dar uma intercalada e fazer com as outras equipes*** *para elas também virem fazer porque, afinal de contas,* ***elas fizeram também o curso****. Foi por isso que eu faço de segunda, quarta e sexta e elas fazem terça e quinta*". E2

"Às vezes a gente tem uma dificuldade para poder conseguir acolher todo mundo, porque aqui nessa unidade ***somos três profissionais capacitadas em aurículoterapia, é muito pouco e a demanda é alta****".* E4

"...a demanda é bem alta para todos os profissionais que estão trabalhando com as PICS. *Vai ter um novo curso, parece, agora em maio, a gente já está divulgando para os profissionais aqui de saúde, para que aumente.* ***Só três, quatro profissionais para atender a população geral, não dá"****.* E4

"Acho que precisa de mais profissionais capacitados*, acho que isso é o ponto de partida, sensibilizar mais as unidades para que tenham esses profissionais capacitados..."* E4

*"****Tivesse mais profissionais habilitados para fazer, aí a gente poderia aumentar o número de vagas****. Porque, assim, são 24 vagas e* ***éramos em quatro, aí a Rosa saiu e nós estamos em três.*** *Só que a gente não diminuiu o número de*

vagas, está segurando essas 24 vagas divido por três. ***Se tivesse mais alguém, mais profissionais habilitados para fazer, daria****".* E9

Um dos entrevistados, dentre os seis, trouxe em seu relato que é preciso aproveitar a formação dos residentes em PICS para que se possa ampliar a oferta dessas práticas nas unidades. Segue relato:

*"...****que se contrate, se abra vagas, se crie cargos para esses residentes****. Não sei como que a gente vai conseguir colocar para que esses residentes sejam aproveitados, porque, o grande entrave era a formação de profissional e eu acho que com essa residência a gente conseguiu a formação de profissional.* ***Então, agora que a gente tem o profissional, precisamos botar esse profissional para trabalhar****... ...Agora, me parece que o mais racional é aproveitarmos esses profissionais".* E5

No relato de um outro entrevistado ficou evidenciado a existência de apenas dois Homeopatas para cobrirem a demanda de toda região sudeste e esse mesmo entrevistado também menciona a existência de poucos serviços com Acupuntura na mesma região. Segue relato:

*"****Na sudeste tem o médico no Ipiranga e eu aqui com a Homeopatia****.* ***Eu acho que é só****. Na sudeste, só nós dois até onde eu lembro. Acupuntura também tem aqui, tem no Ipiranga e acho que tem no CECI ou em São Judas."* E6

5.2.3 Insumos para PICS

Durante os discursos dos nove entrevistados, ficou evidente no relato de cinco deles, que há insumos para Acupuntura, Auriculoterapia e Homeopatia, mas não para Práticas Corporais.

Para dois entrevistados, com relação às práticas corporais, ainda é preciso melhorar a disponibilidade de materiais. Seguem os relatos:

*"Não falta agulha, não falta material****. Falta para as práticas corporais, eu acho que estão faltando****..."* E5

“Na verdade, ***eu precisaria, eu até estou pedindo para a gerente, ver se a gente consegue doações, com relação aos colchonetes*** *para dar uma alongada, deitada, seria mais interessante. Até mesmo porque tem as fisioterapeutas da equipe NASF que às vezes gostam de dar alongamento, aí pedem para elas trazerem toalha.* ***Então, o colchonete ajudaria bastante****. Eles fazem aqui também, colocam as toalhas e fazem o alongamento deitado. Então, isso ajudaria bastante também”.* E2

Foto 14: A foto 14 ilustra o único material que a profissional dispõe para oferecer a prática corporal. Trata-se de cano de bobina de papelão doado por um usuário. Havia por volta de 10 canos desse tipo e a profissional dizia que utilizava para ajudar no alongamento durante a execução das práticas corporais.

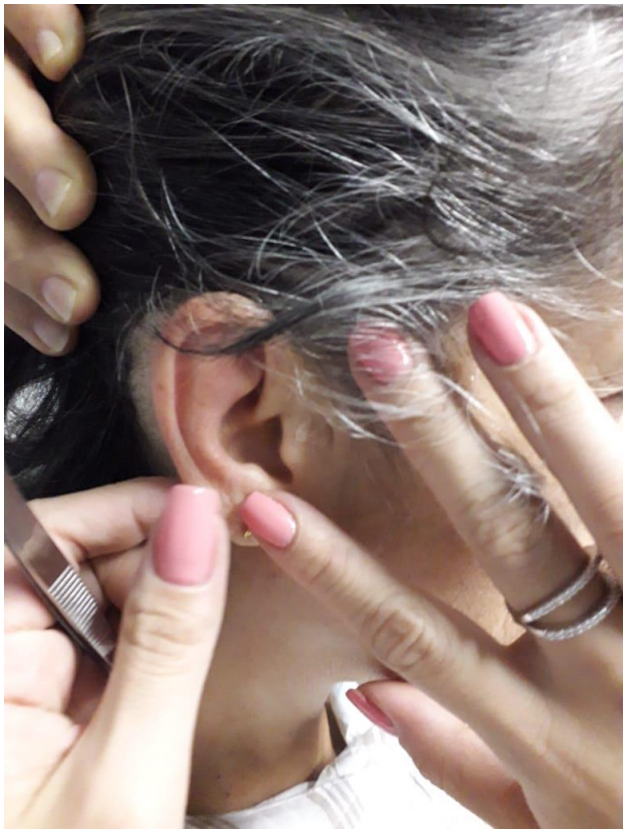
No discurso de quatro entrevistados, do total de nove, ficou evidente que não faltam insumos para oferta de Acupuntura, Homeopatia e Auriculoterapia. Seguem os relatos:

"Sempre quando eu estou vendo que as meninas estão fazendo, ***sempre estão com o material de auriculo****".* E3

"Para a ***prática da acupuntura não falta nada.****"* E5

"A prefeitura oferece. ***Os medicamentos da homeopatia são fornecidos por uma farmácia que tem contrato com a prefeitura****. Então, a gente faz a consulta, faz a receita, orienta de levar na farmácia, ele leva as vias, as duas vias da receita, o cartão SUS e a farmácia faz o medicamento. Depois a farmácia presta contas para a prefeitura".* E6

"...todo mês tem uma pessoa responsável por repor material*, essas coisas, aí ela vem aqui ver se está precisando alguma coisa.* ***Então, não falta****".* E9



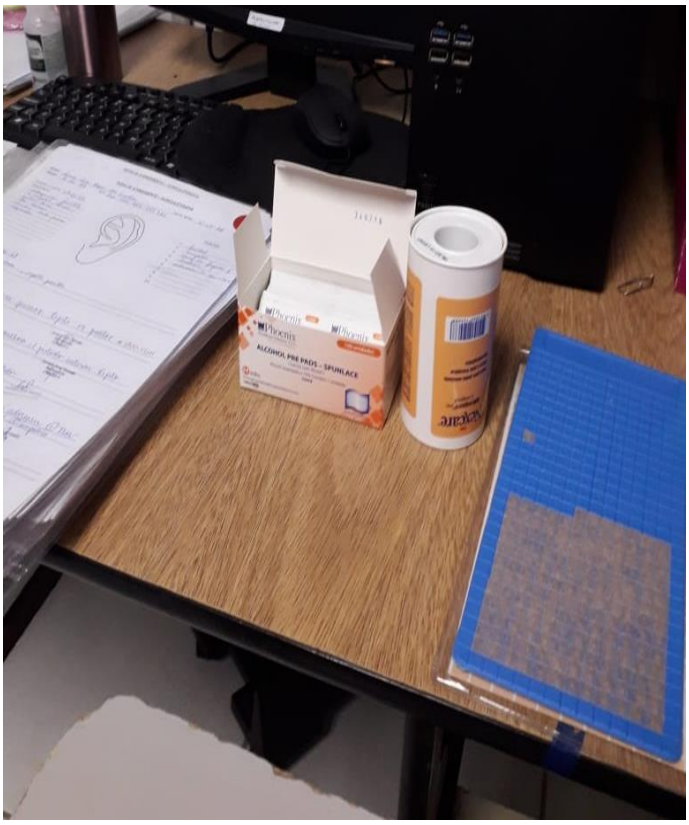


Foto 15 e 16: A foto da esquerda ilustra a aplicação da Auriculoterapia. Auriculoterapia é um procedimento das PICS que se fundamenta na Medicina

Tradicional Chinesa e utiliza o pavilhão auricular para aplicação de sementes de mostarda, ou papoula, com ajuda de uma pinça e fixadas com micropore. A Auriculoterapia é uma técnica simples, rápida, indolor e traz bons resultados, pois consegue trabalhar todas regiões corporais a partir do pavilhão auricular que é uma zona reflexa corporal. A foto da direita demonstra os materiais disponíveis aos profissionais nas unidades que são: fichas impressas com a avaliação e pontos de aplicação; lenços embebidos de álcool (*pads*) utilizados para higienização da área a serem aplicadas as sementes; placa específica para Auriculoterapia, onde ficam fixadas as sementes antes de serem colocadas nos pacientes.

5.2.4 Acesso às PICS

Durante os discursos dos nove entrevistados ficou demonstrado que o acesso dos usuários às PICS acontece de diversas formas: por agenda regulada; demanda espontânea; encaminhamentos entre equipes; encaminhamentos da APS para serviços especializados e por convite de usuário para usuário.

Para cinco entrevistados, o acesso às PICS se dá por meio de agenda regulada, o que consideram demorado; muitos pacientes desistem pela demora e a distância do centro de referência em PICS é um impedimento para que os usuários compareçam às consultas e se mantenham nas atividades. Seguem os relatos:

*"Infelizmente ela não voltou para as práticas**, ela morava muito longe**, e ainda estava em uma depressão difícil, tinha síndrome do pânico, que é mais difícil de sair de casa."* E1

*"Agora, **o que a gente tem mais dificuldade é na regulação**, porque **demora-se um tempo** mais para aquela vaga regulada, **para o ambulatório** de especialidade **de acupuntura**".* E4

*"Era uma coisa até interessante de se ver, a frequência dos encaminhamentos feitos pelas UBSs para PICS**. A gente sente que o encaminhamento que é feito das unidades para nós, falta muitas pessoas**".* E5

*"Mas, como eu falei, somos centro de referência, **então as pessoas vêm de longe, já agendadas no nosso cuidado**".* E6

*"**Nós somos um centro de referência, então, o paciente já vem agendado, nós não temos acolhimento nesse aspecto**. O paciente **vem agendado e aí ele passa ou na homeopatia ou na acupuntura. Nós oferecemos o serviço das PICS para alguns pacientes**. Mas a nossa questão é, como eles nem sempre moram na região onde nós trabalhamos, a grande maioria deles, se orientamos para a prática das PICS, eles vão procurar na sua região de referência. **Então, os que a gente encaminha, grande parte vai procurar o serviço na área de abrangência de suas UBS**. Aqui no nosso posto, aqui no nosso CR, o que a gente tem? **A gente tem as práticas, mas pelo que a gente percebe grande parte de quem faz essas práticas são frequentadores da unidade, que moram na região, não necessariamente pacientes de homeopatia ou de acupuntura.**"* E6

*"...normalmente eles não moram na região, mas **eu faço o encaminhamento e aí ele procura a unidade básica de referência, para ver onde ele pode, na região a onde ele mora, começar a fazer uma prática integrativa**. Poucos ficam aqui. **Às vezes eles começam aqui, mas aí é meio longe e eles acabam indo para a região deles.** Então, acho que o nosso problema é que assim, **como nós não somos unidade básica de saúde, nossa área de abrangência é muito extensa**. Então, **nós recebemos pacientes de Sapopemba até Moema.** Então, **como é uma área de abrangência grande, nem sempre eles conseguem vir aqui semanalmente para uma prática**."* E6

*"**Os frequentadores moram na região**. Então, eu creio que, **como eles moram na região, o polo que eles fazem a prática de suas PICs deve ser aqui na unidade mesmo**, porque são moradores da vizinhança".* E8

Cinco entrevistados, do total de nove, relataram que o acesso dos usuários às PICS, principalmente para Auriculoterapia, acontece no acolhimento por demanda espontânea feito por qualquer profissional da unidade ou acolhimento específico da equipe NASF; por encaminhamentos de profissionais de outras equipes dentro da própria unidade; por convite de usuário para usuários. Ademais, quando há equipe do NASF e ACS capacitados em PICS, o acolhimento e acesso às práticas pode ser facilitado, pois a equipe é preparada para acolher demandas espontâneas; estão capacitadas no atendimento de Auriculoterapia e os ACS dispõe do vínculo estreito com o usuário. Seguem relatos:

*"**Tanto dos enfermeiros, como da equipe de farmácia, como dos próprios médicos, dos agentes de saúde**... ...a gente, às vezes, acaba percebendo muitas coisas no paciente, se ele está triste, se ele está com dor ou se ele se sente muito sozinho. Daí o pessoal fala: '**então, tem um grupo de Tai Chi, de alongamento', aí eles começam a vir**".* E2

*"...tanto **médico** ou a **fisio** passam para o grupo... ...pessoal **do NASF**, como o **amigo leva**".* E3

*"...pessoal que faz as práticas do **pessoal do NASF**, **além de fazerem a prática** com eles, eles também já **trabalham com a aurículo** nos pacientes".* E3

*"A gente trabalha por equipes, mas sempre **tem uma equipe que vai ser responsável por um acolhimento mais direto**. **O NASF fica no acolhimento mais como um apoio, e se há uma necessidade**... ...como alguns momentos o paciente chega em acolhimento e está com **muita dor**, **aí é solicitado**: 'olha, poderia aplicar a **aurículo**?'".* E4

*"...o que eu tenho é a percepção do que os pacientes trazem, **eu não tenho um contato direto com o hospital São Paulo, eu tenho como referência só o que eles me trazem aqui, eles são bem atendidos**. Lógico que **tem uma demanda alta** então **eles têm que esperar** às vezes uma hora, uma hora e meia ou até mais... ...mas dentro dos que **eu tenho encaminhado**, eu sugiro a quantidade que eles vão fazer, **porque eu vejo que a dor está muito alta e não está tendo controle só com a aurículo**... ...então, eu tenho percebido isso, que eles têm acolhido muito bem. Não tive nenhum problema. **Eles acolhem, é pronto atendimento**".* E4

*"**Como tem o NASF**, eu acho que isso acaba sendo mais rotativo. Então, como a gente **trabalha muito** com essa questão de **prática corporal**, principalmente o pessoal da reabilitação e **a psicologia com a saúde mental**... ...**a Lavanda** também que é uma profissional **formada em medicina tradicional chinesa**. Então, **foi privilegiada essa unidade, porque tem esses profissionais que é voltado pra isso**. Acho que **isso é um diferencial**".* E4

*"Então... **eu estou tratando aquele que está mais álgico**, **aquele que quer fazer um trabalho mais preventivo**, que só quer ir para cuidar de outras questões,*

aí no ambulatório regulado é mais difícil. Eu tenho que acabar atendendo*, porque eu vou acolhendo* ***enquanto não sai essa vaga para os pacientes****".* E4

*"**Acolhimento é dentro do espaço de aurículo, por enquanto**. A **gente está conversando para participar, sim, do espaço de acolhimento reservado para isso,** mas durante as consultas a gente também faz. Essa questão do acolhimento qualquer um pode fazer, então, a gente acaba fazendo também".* E7

*"As ACS **começaram com os funcionários, eles percebem o resultado. E aí vão fazendo o quê? Vão passando para frente**. Então, é uma coisa que está crescendo por mérito delas, porque elas foram atrás. Por exemplo**, os pacientes que vêm com elas, eles entendem que elas não têm um curso técnico,** não são formadas na saúde, **mas que elas podem oferecer um cuidado diferente**... ...**além do que elas já fazem, claro, que acolhem na casa,** mas é uma coisa que está fazendo interversão, mas **que não precisa necessariamente ser um técnico**".* E8

*"E **às vezes eles vêm também e falam: 'olha, eu estou com um paciente assim, assado, dá para encaixar ele no grupo**'? 'Você consegue encaixar ele na sua agenda para atender'? **E aí a gente faz o encaixe**".* E9

Durante o discurso de um entrevistado foi possível perceber que, quando há alguma prática corporal dentro da própria unidade, há maiores chances de os usuários da região participarem e se vincularem. Segue relato:

*"...eu atendo muitos **idosos**, então, tem toda **uma questão** também de **ambientação de rua**. **Quanto mais longe for, eles não vão.** Então, **tem oferta dentro da unidade? Para eles é o mais acessível!** Então, aqui na unidade tem o Xiang Gong, tem o grupo bem-estar, tem outros grupos que os profissionais realizam".* E4

*"Eu já trabalhei praticamente em todas unidades da região, mas, neste momento, eu vejo que **essa unidade acaba trazendo privilégio ao paciente que está dentro do território.** Não posso dizer em relação às outras nesse momento, mas **eu vejo que eles acabam tendo mais recursos aqui dentro da unidade**. E **acaba que o tratamento é mais efetivo**".* E4

Um entrevistado relatou a dificuldade em montar grupos de práticas, mesmo havendo divulgação e a oferta, pois muitos usuários não se adaptam ou não aceitam os horários disponíveis. Um outro entrevistado lembrou da dificuldade em acolher homens aos grupos de práticas, que são formados predominantemente por mulheres. Seguem os relatos:

*"**Uns é porque é muito cedo**, oito horas da manhã. Tem uns que gostam de acordar cedo, tem uns que não gostam. **Mas quando joga alguma coisa para à tarde, também não vem**. Então, não dá para a gente perceber direito realmente o que eles pensam... ...**Tem oferta e tem divulgação também, mas tem muitos que estão acostumados a ficar mais em casa também**".* E3

*"Acho que é **pela quantidade de mulheres que eles ficam com vergonha**. Começava assim, só vinha um, depois veio outro, aí viam a quantidade de mulher e ficava meio assim... ...**eles não se sentiram à vontade no grupo**." E2*

5.2.5 Gestão e PICS

Durante os discursos dos nove entrevistados, nos relatos de quatro entrevistados, ficou evidenciado que há dificuldades na articulação de temas sobre PICS e gestão, como: há apoio de alguns gerentes de unidades para oferta de PICS e de outros não; é preciso melhorar o acolhimento aos usuários que tomarem conhecimento sobre PICS nas divulgações; é preciso existir diálogos e acordos entre os próprios profissionais das equipes que gostariam de receber os cuidados das PICS; necessidade de melhorar diálogo com as práticas corporais e não só com acupuntura; importância de se investigar o impacto das PICS na saúde; é preciso divulgar as 29 práticas para que todos conheçam; o (a) gerente da unidade tem papel fundamental para que haja formação/capacitação e oferta de PICS e que muitos profissionais não conseguem oferecer as PICS por serem consumidos pela rotina da unidade. Seguem os relatos:

*"Teve trocas de gerente. Até que **uma gerente percebeu que se eu tinha facilidade para aprender e gostava**, por que não eu fazer?"* E1

*"...então, **se a gente não divulgar, não vai ter procura, mas que a gente***

tenha realmente um suporte para aqueles que forem conhecer. *Senão a gente divulga, tem que marcar uma consulta, tem que ter reunião, não tem uma demanda espontânea.* ***A gente pode até fazer, mas não dá para acolher, se você pensar, pegar uma região e fizer um acolhimento, não tem como****".* E4

*"****Fila de espera didaticamente não. Tem mais para os funcionários. Para os funcionários a gente acaba fazendo acordos.*** *Minha carga horária é quatro horas, então,* ***fica muito difícil a gente conseguir ampliar para as outras demandas****, mas para os pacientes eu consigo dar alta, pois eu estou acompanhando em outros momentos, em grupo... ...e vejo que o paciente melhorou".* E4

"...você ***quer que aumente salas para você poder atender um número maior de pessoas, que cada vez mais a demanda aumenta,*** *conforme as pessoas vão descobrindo que existe acupuntura e o quanto ela pode ser positiva. Mas aí começa a ficar só um ato médico, precisa das outras coisas. Então,* ***nós precisamos das práticas, nós precisamos integrar com as outras atividades todas****".* E5

"E a outra coisa, eu não sei como isso é medido, porque quem tem que pensar isso também ***é o administrador, lá em cima ele quer ver quantas consultas foram atendidas****... ...****é muito importante para o administrador saber que vale a pena ele investir.*** *Porque* ***como não é algo assim do impacto, uma coisa é você fazer um pronto atendimento, atendeu 500 pacientes no dia, outra coisa é você fazer uma unidade, que você fez 20 grupos de práticas corporais, meditação. A gente precisaria quantificar, porque o administrador vai querer quantificar****. O grande problema da medicina tradicional chinesa, das PICS, é que ela não segue a mesma lógica, você medir é complicado****. Então, precisaria ver esse impacto na saúde****".* E5

*"****Alguns já conseguem ver como algo que é principal****. Mas não temos tempo, a Petúnia fez curso de fitoterapia e não conseguiu aplicar alguma coisa em relação a isso.* ***O farmacêutico também é aberto, mas pra tudo que entra no protocolo.*** *Pra tabagismo, eu sei que eles fazem uma meditação breve lá, mas fazia parte do protocolo, se não fizesse, provavelmente não seria utilizado. Então, entra tudo que está meio na rotina".* E8

*“Eu fico feliz porque, assim, eu não sei qual foi a via, mas tem muita PIC que foi autorizada agora**. Eu acho uma pena que a gente não tem informação dessas que foram autorizadas.** Assim, a aurículo, beleza, só que se for pensar, ela traz um efeito meio que imediato, então, todo mundo compra. Mas, assim, **seria muito interessante se a gente tivesse outras coisas, yoga, por exemplo. Mas, a gente não tem informação para isso.** Sair do bolso do funcionário é complicado. **O Reiki eu fiz à parte, mas eu também não consigo aplicar, não é porque eu fiz, que eu consigo ter um momento aqui para isso**”.* E8

*“Mas, uma coisa que foi bacana, é que, por exemplo, **a gerência despertou para ampliar um pouquinho mais isso.** Por exemplo, aqui **as ACS têm qualificação**. Como **a gerente possibilitou que fosse criado grupos para os ACS, e elas criaram um grupo de Reiki**... ...Isso começou com um projeto com o NASF e com elas, mas por conta de sala e de horário não coincidir, elas tocaram isso”.* E8

*“**A gente é consumido pela rotina.** Apesar de **muitas coisas serem desenvolvidas pelo NASF**, por conta de ter uma flexibilidade de tempo maior, **a gente também tem as nossas atividades que são específicas**. **Então, não é tudo que a gente consegue desenvolver. Adoraria ter um projeto, um planejamento para isso, ter um cardápio mesmo de PICS para oferecer**. E não só: ‘agora vamos fazer uma coisa diferente no grupo’. Aí eu vou lá e levo uma atividade e uma PIC...”.* E8

***“Tem uma médica que tem a formação, a doutora Primavera, mas pela rotina dela ela não consegue aplicar**. Então, tem a questão da rotina, que eu acho que fica muito para o NASF, porque o NASF consegue encaixar, teoricamente, na rotina. Provavelmente se a gente tivesse mais profissionais capacitados, a gente não teria eles também nesses grupos, por conta da rotina”.* E8

5.2.6 Formação em PICS

No discurso de seis entrevistados, do total de nove, foi possível verificar que a formação e capacitação em PICS para os profissionais das unidades é diversificada, tanto nas modalidades de práticas quanto na forma como são desenvolvidas.

Dois entrevistados relataram que se interessam por PICS pois obtêm resultados consigo mesmos com as práticas e, então, se propuseram a realizar formação em PICS. Seguem relatos:

*"**Foi interesse**. **Porque eu tenho problema de coluna, vivia muito com aqueles colares.** Virava e mexia eu estava lá no médico tomando remédio, colocando aquele colar, não chegava a me afastar, mas eu estava sempre com aquele colar. Muita dor nessa região aqui".* E1

*"**Eu gosto. Tudo que é em relação às práticas**. **Eu vejo resultado para mim, então, entendo que para o outro também tem**... ...Eu fui atrás e quando divulgou para as unidades eu já estava até inscrita. **Eu acabei fazendo pela prefeitura, pela unidade, tudo direitinho**".* E4

Um entrevistado, expressou que, além das suas formações em algumas PICS pela prefeitura, fez formação em uma prática corporal japonesa por intermédio de uma associação de japoneses e contou com incentivo de uma profissional da unidade. Segue relato:

*"**Eu fui aprendendo as práticas com ela, ela achou que eu estava desenvolvendo bem. Quando ela ficou de férias, eu já sabia a maior parte das práticas por ela e nas férias dela eu cobri ela para não perder o grupo**... ...Para estar até cobrindo ela, no momento que ela não poderia dar as aulas, **foi a onde ela me ofereceu, pela prefeitura, o primeiro curso que eu fiz do Xiang Gong**".* E1

*"...**o Rádio Taisso fiz uma formação, porque não é pela prefeitura, é japonesa, é uma outra prática.** Essa eu fui fazer no meu bairro. Também, uma japonesa que queria passar o Rádio Taisso, porque o chinês espalha, ele te ensina, ele deixa você aprender tudo, japonês é mais fechado. Então, era mais difícil eu entrar na associação deles para aprender. E essa **japonesa que dava aula... ...achou que eu desenvolvia bem e ela começou a me dar aula, para eu poder ficar junto com ela...** ...**Daí eu passei para a doutora Bromélia**, dei o endereço e tudo. **Como a doutora Bromélia era japonesa, ela conseguiu entrar nessa associação e fazer o curso. Trouxe um mestre de lá para ver aqui a unidade, conhecer o grupo e para me conhecer também** e que eu tinha apresentado o Rádio Taisso para ela. **Aí***

eles me liberaram para fazer*. Eu não fiz parte dessa associação, porque só aprende lá, só pega o certificado fazendo com eles, isso eu não fiz, eu só fiz com esses dois mestres. Ele me deu um CD, me deu livro. Coisa que você só consegue na associação.* ***E permitiu que fizesse o Rádio Taisso com a turma aqui****".* E1

No discurso de 3 entrevistados ficou demonstrado que suas formações aconteceram pela prefeitura com incentivo dos gerentes das unidades. Seguem relatos:

*"****Pela prefeitura eu fiz o Pai Lin****,* ***o Xiang Gong****... ...com o doutor Cravo, que agora está dando aula do* ***Chi Kung, eu fui fazer com ele também, lá na Sé****".* E1

*"****Foi uma oferta da prefeitura para a unidade****. Eu me interessei. Eu e mais duas pessoas se interessaram e fizeram o curso junto comigo... ...****a formação de Lian Gong****".* E2

*"É bem tranquilo... ...****Eles permitem fazer os cursos, eles mesmos oferecem, ofertam os cursos. A prefeitura também****, eles* ***divulgam*** *e aí vai vendo qual profissional que tem mais afinidade com aquele, aí o profissional se coloca. Acho que em relação a isso é muito tranquilo".* E4

*"****A minha formação hoje é muito mais saúde pública do que clínica. Estou há 10 anos de saúde pública e 10 anos estou sendo capacitada****. E fui procurando cursos que eram do meu interesse. Não é qualquer lugar que faz isso. Acho que isso é um ganho. Todo mundo critica a saúde pública, mas se você pensar,* ***isso é um ganho para os profissionais. Você não está parada, eu estou sendo capacitada o tempo todo****".* E4

Um dos entrevistados relata que, após a primeira formação de profissionais em PICS, houve aumento da demanda e resolutividade para pacientes e com isso um aumento no interesse de outros profissionais para se formarem/capacitarem na práticas. Segue relato:

"Eu ***acho que não é uma dificuldade o profissional****, acho que* ***a partir do momento que houve profissionais que fizeram formação no primeiro momento, gerou uma curiosidade e começou a ver que a demanda começou a aumentar,***

que pacientes começaram trazer uma resolutividade, então muitos profissionais começaram a se interessar. *Muitos não acreditavam e não aceitam. Então, eu acho que a partir do momento,* ***principalmente nos casos de dor, que nós aplicamos nessa pessoa ou porque se vê esses pacientes trazendo uma devoluta****: 'olha, eu estou fazendo aurículo e estou melhorando'... ...****hoje tem muito mais profissional interessado do que no primeiro momento que teve a primeira capacitação****. Então, isso é bacana, é interessante. Porque aí o olhar do próprio profissional muda com o que ele está vendo...".* E4

Um entrevistado relatou que aprendeu PICS com outros profissionais da unidade enquanto eles ministravam as práticas aos usuários. Segue relato:

*"****Através das outras duas agentes comunitárias que já fizeram treinamento****, que foi a Margarida e a Camélia,* ***e elas passaram para gente****... ...Então, como só ficaram nós duas a gente acabou treinando juntas, para a gente praticar com elas também".* E3

Para dois entrevistados seria interessante um aumento na oferta de formação, capacitação e de supervisão em PICS. Seguem os relatos:

*"****Eu acho que é sempre promover o espaço de capacitação, quanto mais puder abranger****... ...tem uma TO, inclusive que trabalha com a gente, e ela morre de vontade de fazer. Ela vê a gente fazendo, ela entrou agora, mas acabam as vagas porque acho que todo mundo quer fazer essas capacitações.* ***Então, quanto mais curso tiver para oferecer para a gente, melhor, porque é uma ferramenta muito bacana****".* E7

*"****Poderia melhorar. A gente poderia ter mais curso de supervisão, para a aurículo, no meu caso****. Nós fizemos o curso foi em 2017, e aí em 2018 teve um encontro, uma supervisão, mas eu acho que isso poderia ter, sei lá, a cada seis meses, não sei. Que é muito legal.* ***E quanto mais você puder se atualizar, conversar com outras pessoas que fazem, trocar experiência, eu acho que é melhor****. Para mim, o que poderia melhorar seria isso".* E9

5.2.7 Cuidado em PICS

Durante o relato de oito entrevistados, foi possível identificar que o desenvolvimento do cuidado em PICS preconiza e incentiva modo ampliado de atenção à saúde, pois: aborda aspectos maiores do que a dor física; concilia educação em saúde com o cuidado em PICS; proporciona uso do saber tradicional do profissional com as PICS e a Auriculoterapia propicia ações em grupo, agiliza encaminhamentos para outras práticas em PICS e acolhe demanda espontânea.

Para um entrevistado diversificadas PICS podem contribuir para respostas diferentes, pois exigem diversificadas atitudes e ações dos usuários como concentração e coordenação durante a prática. Segue relato:

"Tem a diferença entre a dança circular e o Xiang Gong. ***O Xiang Gong tem que ter concentração****. A gente pede silêncio, concentração.* ***A dança circular, se a pessoa não tem uma coordenação****, não tem equilíbrio, não está na roda****, se ela distrai um minuto ela consegue perder o passo.*** *Então, tem essa diferença. O Xiang Gong é mais automaticamente. A dança circular, elas têm que estar prestando muita atenção. Eu acho que é uma grande diferença que tem".* E3

Para cinco entrevistados a aplicação de diferentes PICS, ou das PICS junto à outras técnicas, estimulam efeitos positivos umas nas outras e ampliam a possibilidade de bons resultados. Seguem os relatos:

*"Quando a doutora Bromélia falou em Lian Gong, eu nem conhecia****. Ela percebeu que os pacientes dela tinham muita dor, então, ela falou, 'não adianta fazer só homeopatia, o pessoal precisa de alongamento, precisa se exercitar, precisa de movimento'. O Lian Gong é muito bom para isso****".* E1

*"****Comigo e com a outra fisioterapeuta****, a maior demanda ainda vem por conta das algias de coluna, as artroses, por conta do processo de envelhecimento das pessoas. Então,* ***a maior demanda para o meu atendimento são as dores crônicas****.* ***A gente acaba associando várias coisas, porque o paciente tem dor crônica, tem alteração de humor, é ansioso, não dorme bem****".* E4

“Para o tabagismo a gente fez um trabalho super bacana, mas não foi nessa unidade. A gente até publicou, que é em relação ao ***grupo de tabagismo, utilizando a Auriculoterapia e os resultados positivos que existiram****”.* E4

*“****Eu sempre encaminho para uma prática corporal****. Prática Corporal e, às vezes, encaminho para terapia também.* ***Porque só a Homeopatia não é suficiente para resolver situações de vida****. E muitos vêm por situações de vida”.* E6

*“****O paciente que vem encaminhado para a Homeopatia, ele faz o segmento****. Esse segmento ele começa bimestral, depois a gente vai liberando, depois ele passa a cada quatro meses, a cada seis meses.* ***Esse paciente que vem para a homeopatia, sempre que possível, eu o encaminho para outra prática****”.* E6

“Em relação à meditação, teve um tempo que a gente fez o grupo, com os mesmos pacientes, por exemplo, da dança circular, e os poucos que vinham tinham um efeito. ***Quando a gente fazia essas intervenções em grupo, por exemplo, grupo de caminhada, a gente aplicava muito dança circular ou meditação, tinha um efeito positivo e eles pediam bastante. Traz uma tranquilidade. Interagiam com a prática que a gente já fazia****. Então, por exemplo,* ***a gente fazia algumas meditações andando junto com a prática de caminhada, tentava coincidir um pouquinho das PICS****. Aí tinham melhora e eles referiam e pediam”.* E8

*“****Não são todas as práticas que a gente faz o tempo inteiro, mas quando é possível a gente traz algum elemento ou outro para alguma atividade****. As meninas também têm formação em dança, tem formação em yoga.* ***No grupo de caminhada também a gente trazia alguns elementos****, nem sempre a gente consegue aplicar a prática inteira, mas alguns elementos sim”.* E8

Nos relatos de três entrevistados, dentre os nove, ficou evidente que o cuidado com Auriculoterapia propicia ações educativas em saúde; possibilitam o cuidado entre profissionais; permitem ações em conjunto com saberes tradicionais das profissões; melhoram muitas questões de saúde, principalmente, dores crônicas permitindo que os profissionais consigam encaminhar usuários para outras práticas. Seguem os relatos:

*"Em relação à **Auriculoterapia, é algo novo**, que está iniciando, ao processo de um ano. **A gente tem um pouco de dificuldade em relação ao espaço, salas, mas tem sido bem aceito e todos os pacientes** têm entendido que é para a melhoria, e **os próprios funcionários pedem e realizam** também em conjunto. Isso só veio a agregar".* E4

*"Eu estou atendendo um paciente atualmente, usuário. Então, **ele tem vindo, ele se vinculou ao tratamento, tem problemas com álcool, lógico, um vício, mas está conseguindo dormir melhor.** Então, **é algo que ele está entendendo que está trazendo resultados pra ele**. Eu sou muito a favor das práticas".* E4

*"**Aqui vai começar o grupo de tabagismo, que vai associar também a utilização da Auriculoterapia.** É equipe multi. Então tem médico, fisio, fono, dentista, enfermeiro. Cada um contribui com o seu saber. **Especificamente os que fizeram a formação em aurículo, além do saber específico, aplicam a Auriculoterapia também**".* E4

*"Então, **quando o paciente entende que realmente está fazendo bem para ele, ele adere ao tratamento e eles não faltam**. Aí eu começo observar o quê? Que realmente **a dor eu consigo reduzir e consigo liberar ele para grupos de práticas corporais**".* E4

*"**Claro que ainda a gente não pode falar de uma forma de 80 a 70 por cento, mas há uma melhora muito boa do quadro**. A gente tem preconizado seis seções de Auriculoterapia. Dentro dessas seis seções, **se o paciente não evolui para uma melhora daquela demanda primária,** porque às vezes ele traz outras demandas ao longo do tratamento, **aí a gente encaminha também para o pronto atendimento do Hospital São Paulo, que é a Acupuntura sistêmica**, para fazer em conjunto, para a gente ver resultados. **Então, eu sempre tenho feito isso. A primeira conduta é aqui e a gente tenta a aurículo e faz todo o acompanhamento**".* E4

*"**Os próprios profissionais hoje percebem os benefícios** do tratamento e até pedem para a gente estar aplicando. **Os próprios profissionais solicitam a Auriculoterapia para cuidar deles também**".* E4

*"**Claro que tem sempre aquele que vai ser resistente, que não entende***

para que é a aurículo, às vezes gera um desconforto naquele primeiro momento e já tira tudo, mas isso é muito pouco, bem pouco mesmo*. Mas* ***tem aqueles que aderem, que vêm sistematicamente e que pedem****... ...****No grupo eu estou mantendo 12 aplicações****. Porque, normalmente, eu faço seis e vejo como eles vão evoluir, aí eu começo fazer junto com uma prática.* ***Então, eu vou fazendo alongamento e aurículo para já incentivar ele em vir nas outras atividades****.* ***Acho que isso é um diferencial****... ...Então, acho que isso fortalece o nosso trabalho".* E4

*"****A gente tem uma lista de espera****, porque a gente oferece* ***quatro sessões de auriculo*** *durante a semana. Então, muitos do que a gente atende,* ***estão voltando várias vezes por ver resultado****".* E7

*"****Como já tem um tempo que a gente faz, então, acho que já está bem introduzido na gente.*** *Então, quando você começa atender o paciente, na hora já vem à ideia na cabeça. É como se fosse algo natural.* ***Lógico que é algo a mais que vai ajudar, mas você não precisa pensar muito, logo já vem a Auriculoterapia, que é o que a gente faz aqui. Então, qualquer paciente que você está atendendo, se cabe, já vem logo na sua cabeça. E aí a gente utiliza****. Ajudou muito".* E9

"Eu sou fonoaudióloga. Em crianças eu não tenho utilizado. Talvez, eu tenha até que dar uma pesquisada, talvez seja até benéfico. ***A gente tem usado mais em pacientes adultos ou idosos, por problemas emocionais, dores crônicas****. Então,* ***se eu estou atendendo uma pessoa****, por exemplo,* ***com problema de voz, aí essa paciente eu vejo que está muito ansiosa****... ...****Além de fazer o trabalho de fono a gente faz de Auriculoterapia*** *também, dá para casar as duas coisas".* E9

*"...****a gente acaba sempre utilizando****. O que der para agregar, para ajudar o paciente, eu acho válido".* E9

Para um entrevistados algumas PICS ainda são pouco conhecidas e podem provocar confusões e desistências nos usuários, necessitando, assim, que os profissionais fortaleçam a educação em saúde com o tema das PICS. Seguem os relatos:

"Em relação às práticas agora de medicina tradicional chinesa, no sentido do ***Xiang Gong ou do Tai Chi, ainda a população não aceita muito bem, porque não***

é de comum cultural fazer atividade física. *Então, você precisa, às vezes,* ***estar participando em conjunto, ir junto com esses pacientes, para que a gente possa estar realizando essas atividades.*** *De modo geral,* ***os que aderem, a gente tem percebido uma mudança até do comportamento.*** *Às vezes,* ***chegam muito agressivos*** *até nós, no momento do acolhimento ou porque aconteceu um atraso ou porque não tem uma sala adequada para aquele atendimento.* ***Quando começam a prática em si, você já vai vendo a mudança da aceitação****, de falar assim: 'olha, eu estou me sentindo melhor'.* ***Começam acreditar também que essa prática traz resultados****".* E4

*"****O grupo é de educação e saúde também, porque primeiro eu vou orientar, falar quais são os benefícios da aurículo, o que ele deve fazer para melhorar a condição dele de doença crônica, o que é a responsabilidade do profissional e o que é a responsabilidade dele****. Tudo para sensibilizar esse paciente, e* ***os que são sensibilizados, a gente tem resultados positivos, de alta mesmo****. E* ***quando precisa encaminhar, ou vai para o ambulatório da fisio****, pensando na questão da dor crônica,* ***ou mais para o hospital São Paulo****.* ***Eu tenho encaminhado mais para o hospital São Paulo para Acupuntura****".* E4

*"****Eu faço grupos que eu cuido da questão educativa para poder já preparar esse paciente para começar as práticas corporais****,* ***porque ele sendo crônico, sai do protocolo da reabilitação****, então, ele tem que se inserir dentro do território. Aí também tento inserir em outras atividades.* ***Então, a aurículo vai levando ele para outros conhecimentos****".* E4

*"****Em relação à medicina tradicional chinesa, ainda é muito novo, um desconhecido. É sempre estar sensibilizando****, é falar: 'vai fazer aurículo?'.* ***Já queriam tomar chá de grão de mostarda****, eu falei: 'não! Pelo amor de Deus não tem efeito'.* ***Porque vai vendo a melhora, acha que a melhora está no grão da mostarda.*** *Não é isso. Aí vai explicando, traz o mapa para ele, fala o que é, qual o trabalho nosso em relação a medicina".* E4

"Consulta específica é uma consulta mais pontuada naquela dor, na avaliação, e toda avaliação da aurículo. ***Mas em grupo, aquele paciente já foi avaliado, já foi encaminhado, aí é mais educação em saúde mesmo, para poder preparar ele***

para as outras atividades. Se não, não fazem*".* E4

Para dois entrevistados quando as PICS são utilizadas em conjunto com outras práticas elas ampliam a possibilidade de melhora dos pacientes pois cuidam além das dores crônicas; estimulam o autocuidado e autopercepção e acolhem idosos de forma estendida. Seguem os relatos:

*"...**o paciente é estimulado ao autocuidado.** Ele começa **a se responsabilizar pela sua doença, pelo seu tratamento, ele começa a participar do seu tratamento.** O tratamento dele não é uma coisa que vem em responsabilidade do outro. **Ele começa a participar do tratamento dele com Práticas Corporais, com alimentação, com os outros cuidados, com a Acupuntura, com a Homeopatia, enfim. Ele começa a tomar conta dele**".* E5

*"...**Até então ele era tratado de uma epicondilite e, de repente, ele começa a perceber que a epicondilite faz parte da tensão que ele fica, da postura que ele tem**, de coisas que estão no rol de mudanças possíveis para ele, que depende apenas dele. Então, são possíveis essas mudanças que estão na mão dele. **Então, ele consegue mudar postura, ele consegue mudar o psicológico, consegue mudar uma série de coisas**".* E5

*"**Normalmente na homeopatia, principalmente paciente idoso, a gente acaba não dando alta**... ...Então, as PICS seriam, no meu entender, mais orientadas para esses pacientes, pessoas adultas, de meia idade ou idosas**. Da Homeopatia, normalmente, a gente não dá alta. A gente acaba liberando o paciente para vir períodos mais longos e encaminha para práticas**."* E6

5.2.8 Qualificação do cuidado e PICS

Do total de nove, oito entrevistados relataram que as PICS qualificam o cuidado em saúde pois: contribuem para resolutividade da APS; instigam resultados subjetivos; unidades com PICS fortalecem vínculo e acolhimento; Práticas Corporais e Auriculoterapia proporcionam vínculo e adesão à diversos tratamentos.

Para quatro entrevistados, as Práticas Corporais e Auriculoterapia, contribuem para resolutividade da APS, pois: contribuem para diminuição das medicações; removem pacientes da fila da agenda regulada; ampliam possibilidade de novos cuidados na unidade e acolhem demanda espontânea. Seguem relatos:

*"**A partir do primeiro momento**, **da primeira aula, já começam a se sentir melhor**. Até mesmo porque começa sete horas da manhã e geralmente o pessoal fala, quando começa fazer alguma coisa de atividade logo cedo, o resto do dia vai muito bem. Por mais que eles falem: 'eu vou para casa lavar, passar, cozinhar', mas vai **com mais alegria, com mais disposição.** Com certeza, até mesmo cuidar dos netos, **vai com mais paciência**. Até mesmo **quem chega depressivo,** essas coisas todas, **diz que acaba até diminuindo um pouco a medicação"**.* E2

*"...eles melhoraram bastante. **Às vezes tomava muita medicação para dormir e não conseguiam acordar** ou ficavam acordados até tarde, tomava medicação e dormia até tarde**. Quando eles têm esse pensamento: 'nossa, agora eu vou acordar cedo, eu vou lá com minhas amigas, eu vou dar uma risada, vou praticar alguma atividade, alongamento'**. Aí **diminuiu bastante** até mesmo **a medicação,** tanto **de depressão**, como **diabetes.**"* E2

***"...tem uma certa demora, para ser encaminhado para fisio, para a Ortopedia, Acupuntura. Então eles começam a fazer as práticas integrativas** e eles sentiram uma boa melhora. **Tanto é que quando chega a consulta para eles fazerem, já estão bem melhores**. Justamente porque eu faço esse movimento do braço, da perna, para alongar bastante, trabalho muito com a respiração, isso ajuda bastante".* E2

*"Como fisioterapeuta a gente tem uma grande **questão em relação ao fluxo de pacientes crônicos no território, a gente não tem como dar vasão para todos esses pacientes.** Então, **como o atendimento é associado com as Práticas Integrativas, a gente tem tido melhoras consideráveis e o paciente começa a se adaptar, se preparar as atividades físicas**. Então, temos conseguido alinhar os dois, e temos tido resultados positivos".* E4

*"**Meu recurso terapêutico hoje é muito mais a Auriculoterapia, que só vem a somar para o meu trabalho aqui na unidade básica de saúde**... ...**e a compressa de água quente e fria**, é um outro recurso que eu tenho. Mas o paciente, **fazendo associado essas duas, aurículo mais a questão da compressa**, principalmente o crônico, **a gente tem tido muita melhora**, ele aceita bem...".* E4

*"Eu acho que **tem a questão desse processo das quatro consultas** em que **a gente vê de fato uma melhora** grande, **tanto que esses pacientes voltam da fila da regulada**.* E8

*"**hoje tem muitos pacientes que vêm e já conseguem entender que uma Prática Integrativa pode ser primária, e não complementar**. Ela é bem diferente da medicina convencional, mas a gente consegue ir enraizando na cabeça das pessoas que **a aurículo, por exemplo, o próprio corpo gera um processo de cura**. **Então, tem outras coisas que são possíveis que não só a medicação, que é pontual e tudo**".* E8

*"Eu acho que melhorou... ...por exemplo, **a aurículo, como gerou uma melhora nos pacientes, isso fez uma boa divulgação do trabalho das Práticas**. É mais o que acrescenta que a unidade pode oferecer... ...**aumentou o leque de opções que a unidade tem para oferecer de serviços**".* E9

*"**Toda terça-feira das nove às onze é aberto para os pacientes**. São 24 vagas para os pacientes, que a gente abre. Tirando isso, **a gente usa nas nossas consultas**, **nas nossas visitas domiciliares**. **Os próprios funcionários**, os **colegas de trabalho que procuram a gente, o tempo inteiro**, mesmo fora do horário do grupo, **para aplicar neles**. Isso é direto, a gente tem muito aqui. **Acho que só agregou para melhor,** em minha opinião".* E9

*"**Além de ser algo a mais que você oferece**, uma opção a mais que você oferece, eu acho que **os benefícios**, por exemplo, **da Auriculoterapia**, tanto no **aspecto emocional**... ...tanto para **dores crônicas**, essas coisas, **agregou muito para isso**".* E9

Para seis entrevistados, dentre os nove, o uso das PICS instiga resultados subjetivos e contribuem para qualificação do cuidado da APS, pois propiciam:

autopercepção; auto responsabilidade; autocuidado; vínculos afetivos; convívio em comunidade; ressocializam idosos e estimulam interesse pelas Práticas. Seguem os relatos:

*"**Tinha uma moça que veio primeira vez aqui, veio fazer Acupuntura e a médica ofereceu para ela estar participando do grupo.** Ela meio tímida não queria muito participar e em uma das músicas a professora ensinou como tinha que fazer, a gente estava começando a dança, ela começou a chorar, isso emocionou o grupo inteiro... **Ela estava tratando da depressão, ela percebeu que a tristeza dela era muito grande e naquele acolhimento, ela se sentiu acolhida, abraçada, fazendo amigos**".* E1

*"**Na meditação, o depoimento do pessoal, quando chegam com dor, pânico, depressão**, com um monte de problemas em casa, **eles começam a perceber que não estão dando atenção para eles mesmos, não está se percebendo**, a correria do dia a dia, principalmente mulher que cuida muito da casa, da família, ela não se doa um tempo para ela".* E1

*"Então, aqui tem despertado muito isso, **quando elas chegam aqui e fazem a dança, fazem a Acupuntura, Homeopatia, é o momento que ela trata dela, é o momento que ela cuida dela.** A gente percebe a diferença que elas ficam. **Até muitas têm alta e continuam aqui com a gente, fazendo as práticas**, fazendo a meditação".* E1

*"Tem **gente que chega aqui sem poder levantar o braço**, **sem poder mexer a perna e melhora bastante**... ...Tem muita gente que veio, **fez a Homeopatia**, **fez Acupuntura e já não fazem mais e ficam com a gente fazendo só as práticas**. **Não são só as práticas, é esse encontro de sair de casa, de chegar aqui e ver os amigos. A gente monta um grupo, elas se conversam no grupo, se comunicam**. Quando uma vai viajar, elas ficam atrás para saber o que aconteceu, se está tudo bem, quando vai voltar, ficam cobrando a volta daquela pessoa".* E1

*"As pessoas **ficam mais alegres, ficam mais ativas**. Elas **percebem mais a alegria, uma movimentação da gente**"* E2

*"...quando você começa fazer **a Prática Integrativa em grupo**, **eles se sentem***

***mais motivados**, porque tem várias **pessoas nas mesmas condições** e **começam a ver melhoras um no outro**, principalmente **por estarem juntos**, **um brincando com o outro**, fazendo as práticas".* E2

*"**No Xiang Gong vem bastante pessoas.** Hoje tinha pouco, veio 20 pessoas. As pessoas gostam muito. **A gente vê a diferença delas quando começou e agora**. Elas mesmo falam para gente, que faz um bem enorme para elas... ...**A gente dá uns cinco minutos para eles ficarem conversando no grupo, porque eles fazem uma amizade também**.".* E3

***"Ele (usuário) faz um ambiente também muito importante entre os próprios pacientes, quando tem atividades coletivas, com os próprios pacientes, ele se ressocializa**. A maioria dos nossos pacientes são pacientes com mais idade. Então, esses pacientes normalmente já estão fora da máquina social. **A PICS traz esse paciente... ...traz novamente os pacientes para atividade, melhorando outros quadros, que não são necessariamente dor, como depressão, angústia**... **...As PICS retomam, ressignificam um monte de coisas, ele se recoloca na sociedade, vê que ele não era só importante na sociedade quando ele trabalhava ou tinha condições de trabalho e agora já não tem. Ele consegue ressocializar**. Como tem muitas **atividades em grupo**, ele começa ver a solução que o outro dá para a vida dele também. Então, além de formação de amizade, de grupo e tudo mais, **começa a ver na prática que não só ele tem problemas, que os outros também têm**. Ele consegue enxergar no outro, participar, trocar as moedinhas e ver que dói em todo mundo e todo mundo consegue viver apesar da dor".* E5

*"...**quando você tem atividades em grupo, você aproxima os pacientes, que começam a enxergar a unidade de saúde, não só como uma unidade de saúde tradicional,** que vou lá para pegar meu remédio e fazer minha consulta... ...**como ele tem atividades, ele forma uma comunidade**. Então, **dentro dessa comunidade eles conseguem resolver coisas, lutar pela unidade, ajudar a unidade, ajudar o funcionário, ajudar as necessidades.** Não enxergar aquilo como algo que eu vou lá, pego o meu remédio, faço minha consulta e vou embora. Não, **ele se apropria do espaço, se apropria do serviço**".* E5

“Esse paciente fica mais receptivo à todas as ações que você vai fazer com ele na saúde. Ele fica mais receptivo porque ele passa a entender, que não é só um papel encaminhando ele para alguma coisa. ***Ele vai se responsabilizando pela saúde dele.*** *Então, na hora que você encaminha ele para outra especialidade ou você encaminha para as práticas corporais, ele sabe que tem alguma coisa explicada”.* E5

*“****Acho que o vínculo nosso também com os pacientes muda muito****. Agrega no vínculo também****. É um espaço que a gente está mais próximo, não é só uma consulta****, só para verificar algumas coisas.* ***A gente conversa****, a gente fica sabendo de várias coisas deles. E então,* ***eu acho que aproxima também****.* ***Os pacientes gostam muito, vira um braço para a prevenção na atenção básica****”.* E7

*“...****gerou um incômodo positivo no sentido de que muitas pessoas acabaram se mobilizando e conhecendo****. Então,* ***gerou um interesse nos funcionários.*** *Hoje, por exemplo, a gente* ***tem funcionário que já tem interesse em fazer o curso.*** *Não tem vaga mais pelo ministério, porque eles têm uma quantidade, mas tem pessoas interessadas, tanto nessa, quanto na outra unidade... ...Então,* ***tem muito enfermeiro, muita ACS que se interessam e divulga as PICs****”.* E8

Durante o relato de quatro entrevistados foi possível verificar que unidades de saúde com PICS fortalecem o vínculo e acolhimento corroborando para qualificação do cuidado pois: proporcionam adesão dos usuários aos cuidados em saúde; trazem resultados para questões dos usuários. Seguem os relatos:

*“****Eles não têm alta. Eles sempre ficam com a gente, são os mesmos****. Então, a gente não tem aqueles que* ***passam no médico e depois o médico dá alta. Não, eles estão sempre com a gente.*** *Tem senhoras que tem oito anos que está com a gente. Ainda até anota em uma agendinha... ...****É um grupo bem grande que eles permanecem com a prática corporal*** *mesmo”.* E3

“Então, ***se ele ver que deu resultado****, ele vai acreditar que agora só aquele vai dar resultado para ele. Vi que fez as seis sessões e melhorou,* ***aí vai fazer o grupo bem-estar ou o grupo que as meninas fazem****, que é Peônia, as agentes de saúde,* ***e eu só vou acompanhando em consultas****.* ***Eles acabam aderindo****”.* E4

“...essa visão da medicina chinesa, das ***PICS, traz essa incorporação do***

paciente ao tratamento, ao serviço, à comunidade. É outra visão, diferente da visão do pronto atendimento, tem mais a manutenção do cuidado, da atenção com os que estão volta. É mais ecológico, *vamos colocar assim".* E5

*"**Os pacientes aderem porque veem resultado**. Não adianta, também, a gente ficar prometendo, ele tem que ver resultado. Como tem resultado, a aderência dos pacientes é muito grande. **O resultado não é só a melhora da tendinite que nós falamos porque botaram as agulhas, mas a melhora é do quadro geral da pessoa, uma visão de saúde maior.** A aderência do paciente existe".* E5

*"**Os próprios pacientes gostam bastante, então, eles veem como algo a mais, que a gente está oferecendo**, a unidade está oferecendo para eles. E os profissionais recorrem bastante. **Além da consulta, além de todo o acolhimento, tem também esse espaço de acolhimento nas PICS.** Então, melhorou bastante".* E7

*"**Então, a gente vê que é algo não só benéfico pontualmente, mas algo que eles querem levar, que é uma prática que eles querem continuar fazendo**, para queixas diferentes. Às vezes você veio por queixa de dor, aí depois você vem por outra queixa. **É algo que eles sentem necessidade mesmo de continuar, de ter por perto***". E7

Para três entrevistados, as Práticas Corporais e a Auriculoterapia, proporcionam: melhor aderência aos diversos cuidados; não trazem danos fisiológicos; como trazem resultados, melhoram os encaminhamentos entre equipes. Seguem os relatos:

*"Acho que tem uma aceitação maior. Eu acho que **o paciente que vem para aurículo, e você começa fazer esse trabalho de conscientização, ele adere melhor à prática, do que só ser encaminhado para a prática**. Porque ele não tem entendimento: 'por que eu vou fazer atividade se eu não gosto?'. Então, você começa sensibilizar qual que é o benefício: 'olha a fisioterapia natural você vai ter que fazer o resto da vida, se você for pensar, mas se você for se educando, for se adaptando, tendo a consciência corporal, você começa melhorar esse quadro e ter uma qualidade de vida'. **O objetivo maior é esse. Eles aderem melhor e praticam mais atividade***

***física**".* E4

***"...eu entendo que só medicalizar, principalmente para nós da reabilitação, não é o resultado. Toma-se um remédio, mas a dor, a estrutura biomecânica vai continuar alterada.** Então, se eu consigo reduzir com a **Auriculoterapia**, que não vai gerar outros danos fisiológicos ao paciente, **então, eu vou trabalhar com o que eu tenho de recursos terapêuticos**".* E4

*"**a melhor propaganda são os próprios pacientes melhorando**, **ele sentindo que está melhorando**... ...A acupuntura está há muito pouco tempo como uma especialidade médica, isso faz uma diferença em respeito ao que as pessoas acham que é ou não. Eu acho que começou a ter uma credibilidade maior. **Hoje a gente consegue ver também que o Tai Chi, o Lian Gong, a dança circular, que essas coisas fazem diferença no dia a dia dos pacientes**".* E5

*"Se **os médicos vêm procurar** para a gente aplicar, enfermeiro vem, **é porque está tendo resultado**".* E9

Segue quadro síntese relacionando as categorias e ementas à tríade Donabediana

CATEGORIA	EMENTA	TRÍADE
Espaço para oferta de PICS	Falta espaço físico específico e adequado para oferta de PICS.	Estrutura
Recursos Humanos para PICS	Falta de profissionais capacitados para oferta de PICS.	Estrutura
Insumos para PICS	Há insumos para Acupuntura, Auriculoterapia e Homeopatia, mas não para Práticas Corporais.	Estrutura
Acesso às PICS	Acesso às PICS ocorrem por agenda regulada; demanda espontânea; encaminhamentos entre equipes; encaminhamentos da APS para serviços especializados e por convite de usuário para usuário.	Processo
Gestão e PICS	Há dificuldades na articulação das PICS com a gestão.	Processo
Formação em PICS	A formação e capacitação em PICS é diversificada, tanto nas modalidades de práticas quanto na forma como são desenvolvidas.	Processo
Cuidado em PICS	O desenvolvimento do cuidado em PICS preconiza e incentiva modo ampliado de atenção à saúde.	Resultado
Qualificação do cuidado e PICS	PICS qualificam o cuidado ao contribuir para resolutividade da APS; instigar resultados subjetivos; fortalecer vínculo, acolhimento e adesão aos outros cuidados.	Resultado

Quadro 6: Síntese das categorias e sua associação com a Tríade Donabediana. Fonte: própria autora. São Paulo, 2020.

5.3 Dados sobre as PICS obtidos pelo PMAQ 3º ciclo das Unidades do estudo

Perguntas sobre PICs do PMAQ - AB MÓDULO I Observação na Unidade Básica de Saúde I.13 - Insumos para Práticas Integrativas e Complementares	Componentes das perguntas	UNIDADE 1	UNIDADE 2	UNIDADE 3	UNIDADE 4	UNIDADE 5
I.13.1	A equipe realiza práticas da Medicina Tradicional Chinesa?	1		2	1	1
I.13.2	Agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados (para acupuntura) sempre disponíveis?	2		998	2	2
I.13.3	Copos de ventosa sempre disponíveis?	2		998	2	2
I.13.4	Mapas de pontos de acupuntura sempre disponíveis?	2		998	1	2
I.13.5	Moxa (carvão e/ou Artemísia) sempre disponíveis?	2		998	2	2
I.13.6	Sementes ou cristais para Auriculoterapia sempre disponíveis?	1		998	1	1
I.15.16 Medicamentos fitoterápicos	**Componentes das perguntas**					
I.15.16.1	A unidade disponibiliza medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos?	2		1	1	2
I.15.16.2	Planta "in natura" em quantidade suficiente?	998		1	2	998
I.15.16.3	Droga Vegetal (Planta seca) em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.16.4	Medicamento Fitoterápico manipulado em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.16.5	Medicamento Fitoterápico Industrializado em quantidade suficiente?	998		1	1	998
I.15.17 Sobre Medicamento Fitoterápico Industrializado	**Componentes das perguntas**					
I.15.17.1	Espinheira-santa em quantidade suficiente?	998		1	1	998

I.15.17.2	Guaco em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.3	Hortelã em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.4	Salgueiro em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.5	Babosa em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.6	Plantago em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.7	Alcachofra em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.8	Cáscara-sagrada em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.9	Aroeira em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.10	Garra-do-diabo em quantidade suficiente?	998		1	2	998
I.15.17.11	Isoflavona de soja em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.17.12	Unha-de-gato em quantidade suficiente?	998		2	2	998
I.15.18 Medicamentos Homeopáticos	A unidade dispensa medicamentos homeopáticos?	2		2	2	2
MÓDULO II Entrevista com profissional da Equipe da Atenção Básica	**Componentes das perguntas**					
II.29.1 - Práticas Integrativas e Complementares Geral	A equipe oferece o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para os usuários do território?	1		1	1	1
II.29.2 Quais serviços de PICs que estão PNPIC são oferecidos?	Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia; Reiki; Yoga; Ayurveda; Florais; Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia; Shantala; Talassoterapia; Biodança; Musicoterapia; Dança Circular; Naturologia; Terapia Comunitária; Terapia com Argila; Sistema Rio Aberto; Arteterapia; Osteopatia; Quiropraxia; Aromaterapia; Meditação e Bioenergética.	1		1	1	1
II.29.3 A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos; Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos: águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da Medicina Antroposófica	1		1	1	1
II.29.4 A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas		1		1	1	1

integrativas e complementares para a equipe?						
II.29.5 Os profissionais têm o apoio da gestão para realizar as PICs, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?		1		1	1	1
II.29.6 A equipe utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICs?		1		1	1	1
MÓDULO IV Entrevista com o profissional do NASF	**Componentes das perguntas**					
IV.14.1 Práticas Integrativas e Complementares - O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas a práticas integrativas e complementares?		1		3	3	3
IV.14.2 Quais práticas o NASF desenvolve?	Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoterapia; Reiki; Yoga; Ayurveda; Florais; Do-in/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia; Shantala; Talassoterapia; Biodança; Musicoterapia; Dança Circular; Naturologia; Terapia Comunitária; Terapia com Argila; Sistema Rio Aberto; Arteterapia; Osteopatia; Quiropraxia; Aromaterapia; Meditação e Bioenergética	1		3	3	3
IV.14.3 Os profissionais têm o apoio da gestão para realizar as PICs, como espaço na agenda, divulgação do serviço, pactuação com a(s) equipe(s) da unidade?		1		3	3	3
IV.14.4 O NASF utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICS?		1		3	3	3

Legenda:

Código resposta	Possíveis respostas
1	Sim
2	Não
998	Não se aplica
3	Unidade não respondeu ao módulo IV

Quadro 7: perguntas sobre PICS presentes nos módulos I, II e IV do PMAQ e as respostas das unidades de saúde incluídas no estudo. Fonte: Própria autora adaptado do instrumento PMAQ AB. São Paulo, 2020.

5.4 Dados sobre a produção em PICS das unidades do estudo obtidos pelo SIA/SUS e tabulados pelo TabnetWin

O SIA/SUS é um sistema de informação do SUS que tem por objetivo transformar dados ambulatoriais em informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões em saúde e essas informações podem ser tabuladas e organizados por Cidade, região de saúde da cidade e estabelecimento. Foi desta forma que os dados secundários da pesquisa foram obtidos, tabulando, por meio do TabnetWin, o número de procedimento de PICS por unidade de saúde incluídas no estudo. Foi feito um quadro com a relação das PICS ofertadas pelo SUS e seus respectivos códigos para registro no sistema de informação para elucidação e organização e encontra-se no APÊNDICE D.

O Quadro 8, logo abaixo, apresenta um demonstrativo sobre os procedimentos realizados em PICS que foram registrados pelas unidades de saúde estudadas da STS VM/JAB. Esses dados foram coletados por meio do SIA/SUS e dizem respeito a cada Unidade de saúde incluídas no estudo considerando o ano de 2018 (de janeiro a dezembro). Nota-se que na coluna e linhas das Unidades 3 e 5 não há nenhum registro de atendimentos de PICS apesar de se ter o conhecimento que nessas duas unidades existem profissionais que ofertam PICS e que ofertam pelo menos duas modalidades de PICS.

Procedimentos de PICS registrados no ano 2018	UNIDADES DE SAÚDE ESTUDADAS DA STS VM/JAB				
Procedimento por unidade de saúde	**UNIDADE 1**	**UNIDADE 2**	**UNIDADE 3**	**UNIDADE 4**	**UNIDADE 5**
Auriculoterapia	**484**	**0**	**0**	**163**	**0**
Acupuntura com inserção de agulhas	**0**	**3.270**	**0**	**0**	**0**
Práticas Corporais da Medicina Chinesa	**1**	**1.516**	**0**	**15**	**0**
Meditação	**10**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total	**495**	**4.786**	**0**	**178**	**0**

Quadro 8: Número de procedimentos em PICS registrados no ano de 2018 (Jan/Dez) pelas Unidades estudadas da STS VM/JAB. São Paulo, 2020. Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Acesso em: 17/12/2019.

No quadro 9, estão relacionados os procedimentos registrados pelas cinco unidades de saúde durante o período de Janeiro a Outubro de 2019.

Procedimentos de PICS registrados de Jan a Out de 2019	UNIDADES DE SAÚDE ESTUDADAS DA STS VM/JAB				
Procedimento por unidade de saúde	**UNIDADE 1**	**UNIDADE 2**	**UNIDADE 3**	**UNIDADE 4**	**UNIDADE 5**
Auriculoterapia	**923**	**52**	**0**	**0**	**746**
Acupuntura com inserção de agulhas	**0**	**4.532**	**0**	**0**	**0**
Práticas Corporais da Medicina Chinesa	**0**	**249**	**0**	**0**	**1**
Massoterapia	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**
Geoterapia	**0**	**17**	**0**	**0**	**0**
Imposição de mãos	**0**	**25**	**0**	**0**	**0**
Total PICS	**923**	**4.877**	**0**	**0**	**747**

Quadro 9: Número de procedimentos em PICS registrados de Janeiro a Outubro de 2019 pelas Unidades estudadas da STS VM/JAB. São Paulo, 2020. Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde, selecionando município de São Paulo e as respectivas unidades. Acesso em: 17/12/2019.

6 DISCUSSÃO

A partir dos resultados sobre a inserção das PICS nos cinco serviços estudados, foi possível identificar a necessidade de aprimorar assuntos relacionados à estrutura; organizar com mais acerto o processo e identificar e divulgar os resultados.

Nos assuntos relacionados à **Estrutura**, destacaram-se: a falta de estrutura física adequada para oferta de PICS; carência de pessoal especializado para ofertar as PICS; suficiência de insumos para oferta de Auriculoterapia, Acupuntura e Homeopatia, mas uma carência de insumos/materiais para oferta de Práticas Corporais.

Com relação ao **Processo**, compreendeu-se que é fundamental o reconhecimento e o apoio da gestão às PICS; a manutenção e a expansão da possibilidade de formação em PICS pelo gestor aos profissionais e a padronização e melhora do registro dos procedimentos/atendimentos feitos pelos profissionais aos sistemas de informação.

O **Resultado** utilizando as PICS, foi descrito pelos profissionais como uma forma de qualificação do cuidado realizado na APS: aprimoram o cuidado centrado na pessoa; trazem resolutividade para APS; fortalecem o cuidado tradicional, pois ao ampliar o autocuidado e conscientizar a necessidade de protagonismo do paciente; contribuem com tratamentos que demandam cuidado muito além das dores físicas, pois instigam resultados subjetivos; unidades com PICS fortalecem o vínculo e acolhimento; as Práticas Corporais e Auriculoterapia proporcionam vínculo e adesão à diversos tratamentos que não necessariamente os das PICS.

Como limitações desse estudo, ressalta-se: 1) exclusão de diversas unidades de saúde por não contemplarem os critérios de inclusão, pois: não eram APS; unidades em que a oferta de PICS eram realizadas por voluntários; unidades que não estavam ofertando PICS naquele momento; unidades que ofertavam práticas corporais, mas que não eram nenhuma das 29 listadas pela PNPIC e uma unidade em que o (a) gerente da unidade e nem o (a) profissional responderam aos e-mails convite para pesquisa. Ao final, restaram apenas 5 unidades de saúde que foram incluídas; 2) diversos profissionais que eram possíveis candidatos à entrevista, não foram incluídos no estudo, pois tomou-se conhecimento deles apenas durante a coleta de dados, com

a pesquisadora já em campo. Esses profissionais não apareciam na lista referência disponibilizada pela STS VM/JAB quando utilizada para escolha das unidades e profissionais para o início da pesquisa.

6.1 ESTRUTURA: Espaço, Recursos Humanos e Insumos

Nos discursos dos 9 entrevistados, juntamente com as fotografias e observações, foi possível identificar a falta de espaço físico específico e adequado para oferta de PICS. Para 6 entrevistados, dentre os 9, ainda há falta de profissionais (recursos humanos) capacitados para oferta de PICS, apesar de existirem as capacitações pelo gestor e, para 5 entrevistados, dos 9, há insumos para Acupuntura, Auriculoterapia e Homeopatia, mas não para Práticas Corporais.

A Política Nacional de Atenção Básica relaciona que, a infraestrutura e ambiência de uma Unidade Básica de Saúde, devam estar adequadas. A infraestrutura relaciona-se às conformações ao número de população adscrita e suas especificidades, além dos processos de trabalho das equipes de saúde e da atenção à saúde aos usuários. Portanto, os critérios de estrutura devem observar a quantidade e perfil das pessoas da região e a composição, atuação e os tipos de equipes de saúde bem como suas ações e serviços. Para ambiência é considerado o espaço físico (arquitetônico), e entende-se que o local necessita abrigar como um “lugar social”, profissional e de relações interpessoais, por meio do qual seja possível propiciar acolhimento e humanização em saúde além de um ambiente de trabalho saudável para toda equipe de saúde (BRASIL, 2017).

Ainda, de acordo com a PNAB (2017):

> “Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal”. (BRASIL, 2017).

Starfield (2002) considera a estrutura de uma unidade de saúde como um dos componentes para se analisar os serviços de saúde e, salienta que, a estrutura é uma capacidade do serviço e corresponde àquilo que propicia a prestação de bons serviços, ou seja, os recursos necessários para se oferecer cuidados em saúde.

Em estudo realizado com dois municípios do estado da Bahia, ambos com mais de 100.000 habitantes, foi analisado aspectos estruturais de dois modelos de

Unidades Básicas de Saúde, a Convencional e Saúde da Família. Os resultados identificaram deficiências nos três componentes de estrutura analisados: ambiente físico, recursos materiais e de pessoal em ambos municípios. Constatou-se que a utilização frequente de imóveis com características domiciliares para instalação de Unidades de Saúde, sem a adequada adaptação ou adaptação precária, pode ser um componente que reforça a desvalorização dos aspectos estruturais nas unidades da APS (MOURA; et. al., 2010).

Moura et. al. (2010) descreveram que: embora sejam complexas as redes causais que unem estrutura dos serviços aos seus efeitos na saúde, e envolvam diversos fatores, tais como as relações interpessoais entre profissionais e gestores do sistema e a organização do processo de trabalho, os achados de seu estudo reiteram a grande necessidade de valorização dos componentes estruturais na avaliação dos serviços de saúde e na sua relação com a qualidade dos processos de trabalho e cuidado em saúde.

Em estudo sobre barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com limitações temporárias, aos idosos e aos portadores de deficiência, que avaliou 236 equipes de UBSs de sete estados brasileiros, identificou-se que as prevalências de barreiras arquitetônicas das UBS são preocupantes, pois, a maioria delas não atendem às normatizações para os idosos e àqueles que têm necessidades especiais. Considerando as mudanças na pirâmide demográfica, com o aumento da população idosa e de, consequentemente, portadores de doenças crônicas, garantir o acesso aos serviços de saúde com menos dificuldades a essas pessoas é extremamente necessário (SIQUEIRA; et. al., 2009).

Ambientes adequados para o cuidado em saúde favorecem e melhoram a acessibilidade e, muitos deles, relacionam-se aos espaços que proporcionam humanização; oferta e disponibilização de serviços além de privacidade e informações aos usuários. Tais ambientes, são fundamentais no fortalecimento da acessibilidade aos serviços e cuidados em saúde, pois podem propiciar, aos usuários, maior proximidade com o serviço (RIBEIRO; et. al., 2015).

Em estudo recente, Patel et. al. (2017), concluiu que há uma demanda crescente de pacientes para o tratamento com PICS nos EUA e em outros países

desenvolvidos. Portanto, há maior necessidade de recursos humanos capacitados em PICS para que médicos e outros prestadores de cuidados de saúde possam assistir aos pacientes de forma a contemplar suas expectativas.

De acordo com Whedon; et. al. (2016), especialistas em PICS podem ajudar a orientar o desenvolvimento de novos modelos de cuidados em saúde identificando abordagens/métodos para mensurar essa qualidade e, através disso, facilitar a integração, personalização e humanização de cuidados de saúde e que sejam mais arraigados. Essa liderança das PICS exigirá integração de mais profissionais de saúde e aqueles que defendem as PICS; que incentivam sua oferta e lutam por sua institucionalização às unidades para se familiarizam com medidas de qualidade e que se envolvam ativamente com a comunidade de saúde nos esforços para a melhoria da qualidade dos serviços. Portanto, é indispensável ampliar o quantitativo de profissionais em PICS, não só na APS, mas também em todos os serviços que compõem a RAS.

Em relação a formação em serviço, o MS oferta cinco diferentes cursos introdutórios às PICS, de modalidade à distância, que acontecem em ambiente virtual de aprendizagem do próprio SUS. Isso tem representado um estímulo aos profissionais da rede pública de saúde interessados no tema a procurarem aprimoramento em PICS. Além desses, existe um curso semipresencial de Auriculoterapia, financiado pelo MS, com polos regionais de ensino em 21 estados, brasileiros e capacitou, em 2016 e 2017, mais de 4 mil profissionais (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Algumas secretarias municipais de saúde ofertam ações de educação permanente a seus profissionais e/ou cursos de especialização em uma ou mais PICS, especialmente dirigidos para a APS. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo oferta educação continuada em homeopatia para médicos da rede municipal e da ESF; criou uma residência multiprofissional em PICS, pioneira no País; oferece cursos de aprimoramento médico em prescrição de fitoterápicos, entre outros (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Essas iniciativas têm fomentado o aumento do quantitativo de profissionais capacitados em PICS, mas, ainda assim, existe uma falta deles no sistema de saúde de acordo com os próprios profissionais entrevistados no estudo.

Essa é uma estratégia promissora timidamente iniciada por alguns gestores que aderiram às PICS e que merece maior atenção e exploração, cabendo financiamento federal para que mais municípios o façam (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Em pesquisa realizada em 131 municípios da Santa Catarina, para avaliação do grau de implantação das PICS na APS, ficou demonstrado a relevância, para a gestão, investir em iniciativas de educação permanente as quais fortaleçam a participação e o comprometimento dos profissionais de saúde e que demonstrem a importância de se continuar empenhando esforços nas ações de educação permanente na área de PICS (LOSSO; FREITAS, 2017).

A variedade de PICS inseridas na APS, apresenta também a necessidade de organizar o processo de trabalho considerando a colaboração interprofissional. Porém, essa perspectiva de trabalho em equipe, considerando o contexto PICS na APS, destacam-se diversos desafios, tanto organizacional quanto em um nível de discursos específicos de grupos pessoas das diversas racionalidades e práticas de saúde. Um dos grandes desafios na implementação das PICs nos sistemas de saúde, em que o cuidado é hegemônico das ações em saúde convencionais, é coordenar esta racionalidade com as das PICS, as quais possuem diferentes bases filosóficas de saúde e cuidado (HSIAO; SCHVEITZER; GERMANI, 2018).

Losso & Freitas (2017), também demonstraram que a dimensão de recursos materiais (insumos) para PICS foi considerada ‘regular’ e ‘ruim’ na maioria dos 131 municípios. Nesse estudo, os indicadores de insumos mereceram, em sua grande maioria, o juízo de valor ‘regular’, em relação ao provimento dos medicamentos fitoterápicos e insumos estratégicos para MTC-Acupuntura, ocasionando uma deficiência na oferta desses serviços. Essa deficiência reflete na ação diária dos profissionais da APS e dificultam a ampliação do acesso às PICS para usuários do SUS.

No estudo, segundo relato dos entrevistados, o município de São Paulo, não há falta de insumos/materiais para Acupuntura, Auriculoterapia e nem Homeopatia, mas sim para Prática Corporal.

Na PNPIC, não há previsão sobre insumos/materiais para as Práticas Corporais, estando previstos somente insumos/materiais para Medicina Tradicional Chinesa; que incluem Acupuntura, Auriculoterapia, Moxabustão e Ventosaterapia; Homeopatia, Farmácia Viva (Plantas Medicinais) e Fitoterapia (BRASIL, 2006). Isso converge com os achados do estudo, todavia, as Práticas Corporais são as que mais têm sido realizadas.

Revela-se a necessidade de “regulamentação/padronização” adequada sobre os insumos das PICs, para que os profissionais que ofertam as Práticas Corporais possam ser contemplados com o mínimo necessário para seu trabalho, tais como: materiais para alongamento antes das Práticas Corporais e colchonetes para realizarem as atividades que são praticadas deitada.

6.2 PROCESSO: Acesso, Gestão e PICS, Formação e inconsistência de registro em PICS

Durante os discursos dos nove entrevistados apareceu que o acesso dos usuários às PICS acontece de diversas formas. Cinco entrevistados acreditam que o acesso dos usuários às PICS é facilitado por meio do acolhimento de livre demanda quando realizados por profissionais do NASF e ACSs capacitados em PICS, pois esses profissionais, além do saber em PICS, são de equipe preparada para acolher demandas espontâneas e dispõem de vínculo estreito com o usuário.

Na medida em que cresce a demanda por uma melhor qualidade dos serviços de saúde, torna-se necessário que cuidados em saúde sejam direcionados ao autocuidado e à prevenção e que sejam centrados nas demandas do paciente e possibilitem acesso universal às práticas de saúde indicadas ou de interesse do usuário. Nesse sentido, sabe-se que há uma oportunidade de ampliação das PICS, por oferecerem potencialidades no cuidado em saúde voltado para o indivíduo como um todo e por ampliarem o acesso para outras práticas em saúde. No entanto, é preciso que exista impulsionamentos a favor da consolidação das PICS; diálogo;

comunicação e organização dos modos de acesso a fim de fortalecerem essa conquista (FOGAÇA, 2018).

Em estudo qualitativo realizado nos Estados Unidos, que utilizou entrevistas semiestruturadas com 69 sujeitos; entre eles praticantes de PICS e usuários; Barrett; et. al. (2003) concluiu que: ao se incorporar uma abordagem terapêutica mais holística, fortalecedora e acessível aos pacientes, a medicina convencional poderia se basear nessa legitimidade e, assim, melhorar seu poder de "curar". Possivelmente os princípios do holismo e acessibilidade combinados com evidência científica ajudará a criar um sistema de saúde que pode curar doentes, bem como tratar doença.

No estudo, a partir dos nove discursos, compreendeu-se que um serviço de saúde com atendimento acessível de PICS pode contribuir para adesão dos usuários a outros tratamentos, sejam de PICS ou Medicina Convencional, e melhorar o vínculo desses com as unidades. Além disso um entrevistado percebeu que, quando há alguma PICS dentro da própria unidade, ofertada de maneira visível e disponível, há maiores chances de os usuários da região participarem e se vincularem pois o acesso à essas práticas ficam facilitados.

Nascimento & Tesser (2017) realizaram estudo em 5 municípios brasileiros com a finalidade de compreender questões que dizem respeito à inserção das PICS nessas cidades e identificaram 4 formas de acesso dos usuários às PICS: Tipo 1: na APS por meio dos profissionais das ESF com certa regulação do acesso por demanda espontânea; Tipo 2: na APS via profissionais de exercício exclusivo por demanda referenciada; Tipo 3: na APS via equipes matriciais (NASF) por demanda referenciada ou livre durante ações coletivas e Tipo 4: em serviços especializados por demanda referenciada.

Na pesquisa de Nascimento & Tesser (2017) fica manifesto similaridade com os achados do estudo, pois, para os 9 entrevistados, o acesso dos usuários às PICS na APS do município de São Paulo acontece por modos diferentes e, para cinco deles, quando o acesso desses usuários às PICS é por agenda regulada para serviços de referência, muitos desistem dos atendimentos pois, há uma demora até serem “chamados” para vaga e, quando chamados, por vezes, desistem do atendimentos pois o centro de referência em PICS geralmente é distante de suas residências.

Dentre os discursos, nos relatos de quatro profissionais, ficou evidenciado algumas questões que dizem respeito à gestão e PICS, como: há apoio de alguns gerentes de unidades para oferta de PICS e de outros não; o (a) gerente da unidade tem papel fundamental para que haja formação/capacitação e oferta de PICS e que muitos profissionais não conseguem oferecer as PICS por serem consumidos pela rotina da unidade.

Considerando os serviços de saúde da SMS/SP, observa-se que a oferta é disponibilizada por estabelecimentos com diferentes modalidades de gestão. No Relatório Anual de Gestão 2018, identifica-se que, do total de 785 serviços de saúde da gestão municipal, 516 (65,7%) tinham como modalidade de gestão Contrato de Gestão/Termo de Convênio por Organizações Sociais (OSS) e 253 (32,2%) como Administração Direta (AD). Ademais, do total 785, 16 (2,0%) o gerenciamento era misto. Analisando somente as unidades da APS, no total sob responsabilidade da SMS, 453 UBS (75,7%) estavam sob gestão das OSS e 20,8% como AD (SÃO PAULO, 2018).

Em estudo realizado em 2017 com duas UBS do município de São Paulo administradas por Organizações Sociais (OSS), analisou as diferenças na gestão dessas UBSs e percebeu-se que o modelo de atenção à saúde executado pelas OSS, influencia no modelo assistencial e no modo de trabalho da equipe de saúde. Verificou-se uma centralidade e uma importância em executar um número de procedimentos contratados pela administração da prefeitura que, por sua vez, determinam a manutenção do contrato e o pagamento dos procedimentos entre o ente público e as OSS. Foi possível verificar uma gestão baseada em metas, onde as práticas gerenciais incidiam na forma de organização dos processos de trabalho e nos arranjos para a produção do cuidado (BRAGAGNOLO, 2017).

O cuidado em PICS exige um olhar atento, ampliado e humanizado e, muito além disso, necessita de qualificação profissional; número de profissionais com formação em PICS e apoio gerencial para um cuidado integral em saúde. Essa conquista não tem sido possível perante atendimentos pré-determinados; metas a cumprir; períodos preestabelecidos de atendimentos e escassez de recursos humanos qualificado em PICS (FOGAÇA, 2018).

Em meio a isso, o resultado desse estudo indica que, a inconsistência e desarranjo no modelo de oferta de PICS favorece ação de gerentes e gestores em saúde que impossibilitam ou dificultam a oferta dessas práticas, e uma boa comunicação/articulação com a gestão facilita oferta de determinadas PICS, como Práticas Corporais e Reiki.

No discurso de seis entrevistados, do total de nove, foi possível verificar que a formação e capacitação em PICS para os profissionais das unidades é diversificada, tanto nas modalidades de práticas quanto na forma como são desenvolvidas. Constatou-se, também, que oito entrevistados foram capacitados/formados pela prefeitura.

De acordo com Christensen & Barros (2009), é possível perceber uma lacuna entre o conteúdo das aulas teóricas e práticas no ensino-aprendizagem da clínica médica pois alguns pacientes diagnosticados e tratados com a medicina considerada convencional e não apresentam a evolução esperada. Para estas circunstâncias, outros tipos de terapêuticas não hegemônicas, tais como as PICS, têm sido utilizadas para facilitar, ou mesmo solucionar, situações de sofrimento. Contudo, é necessário um embasamento teórico-prático nessas técnicas durante a formação dos profissionais da saúde.

Um estudo da Universidade Lingnan de Hong Kong avaliou a formação de Enfermeiros da cidade de Kumasi em Gana, para o atendimento com PICS. O estudo concluiu que, embora exista uma atitude positiva utilizando as PICS, os profissionais da Enfermagem têm baixo conhecimento em PICS, possivelmente por falta de módulos sobre PICS em seus currículos do ensino profissional (GYASI et.al., 2017).

Segundo Moysés; et. al. (2003), a partir de um ensino voltado às atividades pedagógicas mais humanistas, é possível criar processos socialmente relevantes e formar sujeitos capazes de formular uma crítica a modelos dominantes ou aqueles exclusivamente voltados para atender apenas o mercado. A humanização das práticas pedagógicas pressupõe uma criação de processos educativos socialmente relevantes, além da formação do pensamento crítico aos modelos de formação exclusivamente mecanicistas e de tecnificação da prática profissional.

Não basta somente aos profissionais de saúde dominarem seus conhecimentos técnicos específicos de cada área, é fundamental que eles tenham contato e saibam como cuidar de uma “outra forma”, pois, muitas questões de saúde estão além dos problemas físicos e, para seu cuidado, é preciso um olhar ampliado ao sujeito doente. As PICS contribuem para formação de pensamento crítico perante o complexo saúde-doença e facilitam utilização das técnicas convencionais de cuidado pois não excluem outros modos de cuidar e sim complementam o cuidado.

A partir do estudo foi possível verificar que, além dos profissionais da APS cuidarem dos usuários de um outro modo, utilizando as PICS, é importante que façam, registrem e divulguem esse outro modo, ou seja, os registros dos atendimentos com PICS são de suma importância, para unidade; município; MS e para impulsionar pesquisas. Sendo assim, é indispensável que haja uma coerência entre os dados de PICS do PMAQ e os obtidos pelo SIA/SUS do município de São Paulo.

O instrumento PMAQ avalia apenas unidades da APS e, as unidades mistas, que ofertam PICS por agenda regulada e outras PICS por livre demanda, como uma delas que entrou no estudo, não responderam ao PMAQ. Portanto, não foi possível fazer um diálogo entre as respostas de todas unidades do estudo. Então, a discussão aqui a respeito dos dados do PMAQ, tratará apenas de quatro unidades.

Há três unidades de saúde que não responderam ao Módulo IV do PMAQ, que trata sobre atendimentos de PICS feitos por equipe dos NASF. Acredita-se que, possivelmente, uma mesma equipe do NASF está vinculada a mais de uma unidade de saúde, por isso, possam ter respondido ao PMAQ enquanto estavam em uma unidade que não era a que entrou no estudo.

A única unidade, das incluídas no estudo, que respondeu às questões do PMAQ IV módulo respondeu que sim, há PICS na sua unidade; que o NASF apoia e desenvolve ações relacionadas às PICS; que desenvolve, pelo menos uma das 29 PICS; que os profissionais têm apoio da gestão para ofertar as PICS e que o NASF utiliza algum protocolo de acolhimento à demanda espontânea ou linha de cuidado que inclua PICS.

Três umidades do estudo responderam ao PMAQ Módulo I que realizam alguma atividade da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) como as Práticas Corporais e uma unidade respondeu que “Não”, não há atendimentos de PICS na unidade. Sabe-se, entretanto, que a unidade que respondeu “Não”, oferta Prática Corporal da MTC, como Tai Chi contrastando com os achados da pesquisa

Logo, sobre insumos para Auriculoterapia, também questionado no PMAQ Módulo I, três unidades responderam que não faltam insumos (sementes ou cristais) para oferta de Auriculoterapia. Esse dado converge com discursos das entrevistas.

Nos dados de 2018 (Jan- Dez) e 2019 (Jan – Out) sobre PICS do município, obtidos pelo SIA/SUS, é possível verificar registros de atendimentos das cinco unidades do estudo, inclusive da unidade de atendimento misto. Houve, então, registro para: Auriculoterapia; Acupuntura com inserção de agulhas; Práticas Corporais da Medicina Chinesa; Meditação; Massoterapia; Geoterapia e Imposição de mãos.

As PICS mais expressivas, tanto em 2018 quanto em 2019, foram: Auriculoterapia; Práticas Corporais e Acupuntura. Em 2018, apenas as unidades 1 e 4 registraram os atendimentos em Auriculoterapia, totalizando 647 atendimentos. Já as unidades 2, 3 e 5 não registraram atendimentos dessa PICS. Comparando com os dados de 2019, houve registro das unidades 1, 2 e 5, sobre Auriculoterapia, totalizando 1.721 atendimentos.

Sobre as Práticas Corporais, em 2018, as unidades 1, 2 e 4 registraram sua oferta, totalizando 1.532 atividades corporais. Já em 2019, apenas as unidades 2 e 5 registraram oferta dessa PICS, somando total de 250 atividades corporais registradas. Verifica-se que, de 2018 para 2019, houve uma redução de 1.471 atividades registradas sobre as Práticas Corporais.

Apenas uma unidade de saúde do estudo ofertava Acupuntura com inserção de agulhas e essa unidade registrou, entre 2018 e 2019, um total de 7.802 atendimentos com essa PICS.

Um estudo quantitativo descritivo-exploratório, que teve como objetivo analisar a oferta das PICS pela ESF a partir da visão de gestores e profissionais, utilizando

dados do PMAQ de 5.041 municípios, verificou que as Práticas Corporais apresentavam a oferta mais expressiva em todos municípios (BARBOSA; et. al., 2020).

Em 2012 um estudo utilizou dados do SIA/SUS e CNES de três municípios brasileiros e ficou evidente a subnotificação das PICS, sendo possível constatar que há um distanciamento entre o registrado e o praticado e, acreditam que algumas vezes, isto se deve aos limites impostos pelos próprios sistemas de registro ou há pouca agilidade do município em atualizar informações no entendimento. Outro aspecto importante, segundo os autores, dizia respeito à qualidade do dado: os dados registrados no SAI/SUS e no CNES, não correspondiam à oferta mesmo havendo integração entre os referidos sistemas (SOUSA; et. al., 2012).

No estudo, verificou-se uma inconsistência e incoerência dos registros sobre PICS pelas unidades incluídas, o que pode dificultar o estabelecimento e a oferta de PICS no município, pois muitas práticas necessitam de consistência nos atendimentos já que a predominância dos atendimentos em saúde acontece sobre metas e muitas políticas públicas se fixam com repasse de verbas do MS aos municípios.

6.3 RESULTADO: Cuidado em PICS e qualificação do cuidado

Durante os relatos dos entrevistados, foi possível identificar que o desenvolvimento do cuidado em PICS preconiza e incentiva modo ampliado de atenção à saúde.

Sabe-se que a APS apresenta dificuldades para realizar cuidado integrativo e holístico ao usuário. Nesse contexto, a prática em PICS tem sido introduzida por profissionais que utilizam abordagens de cuidado convencionais integrado ao cuidado em PICS pois estão conscientes da necessidade de um cuidado ampliado visando bem-estar do paciente como um todo (SCHVEITZER & ZOBOLI, 2014). Para dois entrevistados do estudo, quando as PICS são utilizadas em conjunto com seus saberes convencionais, elas ampliam o restabelecimento dos pacientes pois atendem questões além das dores físicas, pois estimulam autocuidado e autopercepção e isso corrobora para o cuidado centrado no sujeito resolvendo demandas de modo ampliado.

Estudo qualitativo realizado na China, gravou em áudio consultas de 13 pacientes com profissionais da MTC. O objetivo foi compreender o emprego das estratégias linguísticas e discursivas específicas utilizadas por esses profissionais para que pudessem estabelecer relacionamento médico-paciente, de modo a obter atendimento centrado no paciente. Com base nas 10 horas gravadas, o estudo verificou que profissionais de MTC questionavam, além das queixas principais, experiências cotidianas e rotineiras dos pacientes, como: o que comem e o que fazem no dia a dia, pois acreditam que tudo têm impacto nas condições do corpo. Ao explorar as rotinas diárias dos pacientes na conversa social, o profissional de MTC pode ajudar a manter e promover o equilíbrio geral do corpo do paciente, além de monitorar e melhorar suas condições de saúde, modificando seus hábitos e comportamentos diários. Com a adoção dessas estratégias de comunicação, os profissionais da MTC demonstraram que colocam as necessidades dos pacientes como sua principal prioridade, provando que a construção do plano de tratamento entre o médico e o paciente é extremamente importante e que uma abordagem centrada no paciente pode reduzir amplamente os eventos adversos (PUN; et. al., 2019).

Sabe-se que uma intervenção densa de tecnologias duras, as de diagnose, no relacionamento entre cuidador e indivíduo cuidado pode contribuir para o resfriamento das relações nos cuidados da medicina convencional. O uso das PICS, como possibilidade de abordagem dos problemas de saúde-doença, tem possibilitado outro modo de cuidar, mais humano e integral (TESSER; SOUSA, 2012).

No estudo, foi possível identificar que as Práticas Corporais e a Auriculoterapia contribuem para resolutividade da APS pois colaboram com a diminuição do uso de medicações e são capazes de remover pacientes da fila de espera da agenda regulada para tratamentos especializados. Essas duas PICS possuem características que favorecem o acolhimento das demandas espontâneas, pois são técnicas que exigem pouco recurso e ofertadas em grupos.

De acordo com Tesser & Sousa (2012):

> “A medicalização transforma sofrimentos e vivências que antes eram administrados autonomamente em problemas médicos, doenças ou transtornos. Uma melhor relação curador-doente, a mobilização das forças de auto - cura, a busca de participação ativa do usuário e uma significação mais holística para os adoecimentos são virtudes já mencionadas de tendência desmedicalizante atribuídas às PICS” (TESSER; SOUSA, 2012).

As Práticas Corporais das PICS, ofertadas por serviços da APS, e que tenham o acesso aberto, são um facilitador para oferta de PICS. Muitos grupos de práticas corporais podem ser formados a partir de um acolhimento coletivo, como o realizado nos Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), outros grupos são ofertados em ambientes do tipo: praças, parques e casa de cultura, o que facilita o acesso e utilização desses grupos de práticas pelos usuários (FOGAÇA, 2018).

Um estudo realizado nos Estados Unidos avaliou, durante seis meses, 42 pacientes de grupo educativo sobre métodos não farmacológicos para dor que utilizavam práticas de *Mindfulness*; Yoga; Qi Gong e Tai Chi para o manejo da dor, comparados com pacientes em tratamento convencional (medicamentoso). Dos 42 pacientes que receberam cuidados com PICs: ninguém aumentou a dose de opióides, 17 pessoas reduziram sua dose e sete pessoas pararam com os opióides. Já nas evoluções dos pacientes que tiveram cuidados convencionais, nenhum paciente

reduziu o uso de opióides e 48,5% aumentaram a dose ao longo de todo projeto do grupo educativo (MEHL – MADRONA et. al., 2016).

Em um ensaio clínico controlado e randomizado, que utilizou Auriculoterapia para tratamento do estresse e ansiedade em profissionais de enfermagem onde 175 profissionais participaram da pesquisa, divididos em três

grupos: 58 para o Grupo Controle, 58 para o Grupo Auriculoterapia com protocolo e 59 para o Grupo Auriculoterapia sem protocolo. Os resultados revelaram uma eficácia da Auriculoterapia, com melhores efeitos no tratamento individualizado, comparado ao tratamento protocolar, não individual. O grupo que recebeu atendimento individualizado obteve efeito superior na melhoria de qualidade de vida e redução de estresse, tanto no aspecto físico quanto mental. Além disso, os principais pontos auriculares escolhidos do Grupo sem Protocolo foram praticamente os mesmos para o quadro protocolo. Foi possível verificar que um tratamento individualizado, focado na pessoa e suas individualidades, quando comparado ao uso de protocolos, consegue ampliar o alcance das técnicas de PICS para diminuição dos níveis de estresse e melhoria de qualidade de vida (KUREBAYASHI & DA SILVA, 2015).

A Auriculoterapia é uma técnica relativamente simples, colaborando para a melhora do acesso às PICS; rápida, contribuindo para a resolutividade do serviço de saúde; segura, viabilizando procedimentos de tecnologias leves diminuindo os custos com a saúde, inclusive com medicamentos. Além de tudo, pode trazer melhoria na qualidade de vida do indivíduo, reduzindo níveis de estresse, promovendo a saúde e prevenindo o adoecimento (FOGAÇA, 2018).

Oito entrevistados do estudo relataram que as PICS qualificam o cuidado em saúde na APS pois acreditam que unidades que ofertam PICS fortalecem o vínculo com o usuário e melhoram o acolhimento. Para os entrevistados a qualificação do cuidado em PICS também instigam resultados subjetivos. Os resultados subjetivos, segundo entrevistados, relacionam-se com autopercepção; auto responsabilidade; autocuidado; aprimoram vínculos afetivos proporcionando melhor convívio em comunidade e ressocializam idosos.

Efeitos subjetivos das PICS já foram descritos em pesquisa anterior (FOGAÇA, 2018) realizada a partir de 10 entrevistas com profissionais de saúde que ofertavam PICS, foram citados: autocuidado; autoconsciência; consciência corporal e autocontrole.

Para Ali & Katz (2015), as PICS são, necessariamente, 'holísticas', no sentido de que o somático; emocional e a saúde espiritual são considerados integrantes da saúde. Portanto, as PICS contribuem para efeitos subjetivos nos praticantes devem ser consideradas e ampliadas, visto que estimulam concepções maiores do que alívio de dor ou melhora de equilíbrio, por exemplo, e sua abrangência podem trazer êxito à conquista do cuidado ampliado e integral, tal como o indivíduo necessita.

A oferta de PICS na APS contribui para uma grande satisfação do paciente, pois eles têm correlacionado às PICS com a promoção da sua saúde e bem-estar emocional (CROCKER et. al., 2017). No estudo foi possível identificar uma diversidade de Práticas Corporais ofertadas, tanto pelos entrevistados quanto pelos serviços, tais como: Yoga, Xian Gong, Lian Gong, Qi Gong, Tai Chi e Dança Circular. Constatou-se, ainda, que essas práticas são ofertadas de diversos modos e circunstâncias para o cuidado integral em saúde**,** inclusão e convivência social.

Se utilizarmos a redução do cuidado ao pensamento lógico em demasiado, podemos ser parciais, instantâneos e não relacionar situações abrangentes nas quais o indivíduo se insere ou vive (FAN, 2017). Portanto, se o profissional de saúde associar ao seu raciocínio clínico um pensamento abstrato que considere questões subjetivas ao aplicar o saber das PICS, será possível abordar uma realidade capaz de envolver uma compreensão abrangente do ser e, consequentemente, um cuidado mais adequado.

Compreende-se a importância da percepção subjetiva que os entrevistados trouxeram em seus discursos sobre PICS. Isso demonstra que, em seus cuidados na APS, eles estão atentos para a compreensão ampliada de um ser humano que é complexo e, certamente, cheio de influências culturais, sociais e de hábitos e o quanto isto influencia sua saúde e bem-estar.

Na organização das PICS e no relacionamento com usuários há afinidades quanto à adequação sociocultural; parceria, diálogo e democratização das relações;

trabalho de território e construção de vínculos terapêuticos. Além desses, existem, também, convergências quanto aos efeitos terapêuticos das PICS e ético-políticos desses fenômenos, que podem ser vistos, mais acentuados, na atenção psicossocial (TESSER & SOUSA, 2012).

O reconhecimento e exploração dessas afinidades pela Saúde Coletiva bem como por profissionais e gestores do SUS, podem contribuir para qualificar a APS, ampliando as possibilidades de cuidado com as PICS e fortalecendo os fenômenos tematizados. Isso justifica a potencialidade das parcerias entre saúde e setores da cultura, meio ambiente e artes plásticas, pois, percebe-se que elas aprimoram o cuidado ampliado e integral, visto que consideram o meio em que o indivíduo se insere para propor cuidado em saúde (TESSER & SOUSA, 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção das PICS nas unidades da APS estudadas encontra-se com dificuldades no que diz respeito à **Estrutura**, pois não há espaço físico adequado para sua oferta; os Recursos Humanos capacitados em PICS são insuficientes além do que, no município de São Paulo a prática de Acupuntura pode ser executada somente por profissionais médicos, restringindo as possibilidades na oferta de PICS por outros profissionais.

O **Processo** de cuidado em PICS demanda por melhorias no modo de acesso aos usuários às PICS; é preciso melhorar questões de gestão e PICS; aprimorar e ampliar a formação em PICs pelo gestor e, de maneira indispensável, aperfeiçoar o registro dos atendimentos em PICS nos sistemas de informação.

No que diz respeito ao **Resultado,** o estudo identificou que as PICS possuem grande capacidade de qualificar o cuidado na APS e potencializar a resolutividade da APS, pois contribuem para um atendimento com olhar ampliado e centrado na pessoa; podem colaborar com atividades em grupos capazes de melhorar o convívio e ressocialização dos usuários e diminuem custos com medicações, já que corroboram com resolução de problemas que antes demandavam medicamentos.

As PICS enfrentam diversos problemas para sua inserção e, de um modo geral, a carência de um modelo efetivo e organizado de oferta de PICS pelo município de São Paulo, aparece, também, como fator desfavorável e limitante. A carência de recursos financeiros tem sido um agravante, pois sabe-se que as PICS não contam com um financiamento próprio, apesar de terem uma política própria, apenas contam com pagamento, via governo federal, por cada atendimento executado. Outro motivo para que haja melhor inserção dos registros de PICS nos sistemas de informação.

É preciso considerar e valorizar as PICS que já estão inseridas na APS no município de São Paulo, ampliando sua oferta e fortalecendo suas potencialidades. De modo assegurar um modelo efetivo de oferta em PICS tendo como finalidade a consolidação deste saber no cuidado em saúde da APS.

Esse estudo identificou a necessidade de ampliar pesquisas sobre inserção das PICS no município, abrangendo outras regiões de saúde, aproveitando outros profissionais e usuários, tendo como finalidade firmar as capacidades das PICS e fomentar políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALI, A.; KATZ, D. Disease Prevention and Health Promotion How Integrative Medicine **Fits. Am. J. Prev. Med**. v. 49, n. 5S3, p. 230 – 240, 2015.

BARBOSA, F. E. S.; GUIMARÃES, M. B. L.; SANTOS, C. R.; BEZERRA, A. F. B.; TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p.e00208818, 2020.

BARRETT, B.; MARCHAND, L.; SCHEDER, J.; PLANE, M. B.; MABERRY, R.; APPELBAUM, D.; RAKEL, D.; RABAGO, D. Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. **THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE.** v. 9, n. 6, p. 937–947, 2003.

BORGES, J. C. **Desempenho da Atenção Básica na região de saúde do Vale do Ribeira, estado de São Paulo.** Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo: 2018, 113 p.

BRAGAGNOLO, L. M. **Gestão da Atenção Básica por Organizações Sociais de Saúde no Município de São Paulo: Uma Análise Micropolítica.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo, 2017. 104 p.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Número de habitantes e área da unidade territorial do município de São Paulo. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama> Acesso em: 02/12/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* – Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui novas Práticas Integrativas e Complementares na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n° 702, de 21 de março de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você Acesso e Qualidade. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – 3º ciclo** – Brasília, DF, 2018.

BRASIL, **Resolução Conselho Nacional de Saúde CNS n º 510 de 07 de abril de 2016.** Diário Oficial da União, Brasília, n. 98, p. 44 – 46, Mai, 2016.

CHRISTENSEN, M. C.; BARROS, N. F. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 34, n. 1, p. 97 – 105, 2010.

CHAVES, L. A.; JORGE, A. O.; CHERCHIGLIA, M. L.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; SANTOS, A. F.; MACHADO, A. T. G. M; ANDRADE, E. I. G. Integração da atenção básica

à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.2, 2018.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.7-27, 2008.

CROCKER, R. L.; GRIZZLE, A. J.; HURWITZ, J. T.; REHFELD, R. A.; ABRAHAM, I.; HORWITZ, R.; WEILL, A. and MAIZES, V. Integrative medicine primary care: assessing the practice model through patients' experiences. **Bio Med Central Complementary and Alternative Medicine.** v.17 p. 490, 2017.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. The Milbank Quarterly, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. Reprinted from: The Milbank Memorial Fund Quarterly, v. 44, n. 3, p. 166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome.** In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan: Ann Arbor, Health Adiministration Press, 1980, v. 1, p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Qual Rev Bul**, v. 18, n. 11, p. 356 – 60, 1992.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? **JAMA** v. 260, p. 1743 – 1748, 1988.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs.** Science, v. 200, 26 May 1978.

FAN, D. Holistic integrative medicine: toward a new era of medical advancement. **Front Med.** v. 11, n. 1, p. 152 – 159, Mar, 2017.

FIGUEIREDO, A. M., et. al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília: v. 22, n. 1, p. 41 - 48, jan-mar, 2013.

FOGAÇA, L. Z. **Práticas Integrativas e Complementares e a qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde: uma avaliação a partir do olhar da equipe multiprofissional.** Trabalho de Conclusão de Curso. Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2018, 115 p.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.21-23, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71p.

GYASI, R. M.; ABASS K.; ADU-GYAMFI S.; ACCAM B.T., Nurses' knowledge, clinical practice and attitude towards unconventional medicine: Implications for intercultural healthcare. **Complement Ther Clin Pract.** v. 29 p. 1 – 8, Jul, 2017.

HOGA, L. A. K. **A pesquisa qualitativa in**: Pesquisa empírica em saúde. Guia prático para iniciantes. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva Grupo de Pesquisa NAAM – Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher. Cap. 6 pp. 33 - 47 1ª Ed. São Paulo: EEUSP 2016.

HUMET, C.; SUNOL, R. Apresentação p.5 in: Humet, C.; et. al. Suplemento Especial sobre Monográfico de Avedis Donabedian. **Revista Calidad Asistencial**. Barcelona, n.1, v.16, 144p.

HSIAO, J.; SCHVEITZER, M. C.; GERMANI, A. C. Colaboração interprofissional para oferta de Práticas Integrativas em Saúde. Cap. 67-81 in: Práticas integrativas em saúde: Aprendizado em serviço. **Paco Editorial,** Jundiaí, v. 53, 2018. 164 p.

JANESICK, V. Documents, Photographs, and Artifacts Cap 5 In: Contemplative qualitative inquiry: practicing the Zen of research. Cap 5: 80-89, **Routledge,** New York, 2016, 183p.

JANESICK, V. J. Contemplative qualitative inquiry: practicing the Zen of research. **Routledge,** New York, 2016, 183p.

JANESICK, V. J. The Choreography of Qualitative Research Design. Minutes, Improvisations and Crystallization. Cap 13: 379-399 in: The handbook of qualitative research by Norman K. Denizin and Yvonna S, Lincoln 2nd, **SAGE Publications**, 2000.

JÚNIOR, E. T. Práticas Integrativas e Complementares, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados.** São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99 – 112, mar, 2016.

JÚNIOR, J. P. B. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Vitória da Conquista - BA, v. 15, n. 1, p. 1627-1636, nov, 2007.

KUREBAYASHI, L. F. S.; DA SILVA, M. J. P. Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 1, p. 117 – 123, Jan/Fev, 2015.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. T. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro**, v. 41, n. Esp 3, p. 171-187, Set, 2017.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, (Suplemento), p. 145-176, 2005.

MARINHO, G. L. **Resenhas Ciênc. saúde colet.** v.23, n.12, p.4361-4362, Dez 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/almeida-pf-santos-am-souza-mkb-org-atencao-primaria-a-saude-na-coordenacao-do-cuidado-e-regioes-de-saude/16495?id=16495&id=16495> Acesso em: 03/11/2019.

MAXQDA **Software para Análise Qualitativa de Dados e Métodos Mistos.** Disponível em: <https://www.maxqda.com/brasil/software-analise-qualitativa?gclid=EAIaIQobChMI-KUrfaj5AIVDAuRCh0xNgGXEAAYAyAAEgKfpPD_BwE> Acesso em: 27/08/2019.

MEHL - MADRONA, L.; MAINGUY, B.; PLUMMER, J. Integration of Complementary and Alternative Medicine Therapies into Primary-Care Pain Management for Opiate Reduction in a Rural Setting. **J Altern Complement Med.** v. 22, n. 8, p. 621 – 626, Aug, 2016.

MINISTRY OF HEALTH. **Consulative Council on Medical and Allied Services. Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> Acesso em: 02/11/19.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n. Esp, p.38-51, Set/2018.

MELLEIRO, M. M.; GUALDA, D. M. R. A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.25, n.1, p.82-88, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MOURA, B. L. A.; CUNHA, R. C.; FONSECA, A. C. F.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; VILASBÔAS, A. L. Q.; XAVIER, A. L.; COSTA, A. F. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. **Saúde Matern. Infant**., Recife, v.10, n.1, p.69-81, nov., 2010.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; SCHMITT, E. J. Humanizando a educação em Odontologia. **Rev ABENO**. v. 3, n. 1, p. 58-64, 2003.

OMS, Relatório Mundial de Saúde 2008. **Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca**, 2008, 156p.

OMS, Organização Mundial da Saúde/Unicef. **Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata**. Brasília, 1979.

PATEL, S. J.; KEMPER, K. J.; KITZMILLER, J. P. Physician perspectives on education, training and implementation of complementary and alternative medicine. **Advances in Medical Education and Practice.** v.8, p.499 - 503, 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública.** v. 35, n.1, p. 103-109, 2001.

PORTELLA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

PUN, J.; CHOR, W.; ZHONG, L. Delivery of patient-centered care in complementary medicine: Insights and evidence from the Chinese medical practitioners and patients in primary care consultations in Hong Kong. **Complement Ther Med.** v. 45, p.198-204, Epub, Jun, 2019.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRICO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50–61, jan/mar, 1990.

RIBEIRO, J. P.; MAMED, S. N.; SOUZA, M. R.; SOUZA, M. M.; ROSSO, C. F. W. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. Eletr. Enf.** v. 17, n. 3 [Internet], jul/set, 2015, Disponível em: < http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a Implantação e Promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 11, p. 3011 – 3024, 2012.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a Implantação e Promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 17, n. 11, p. 3011 – 3024, 2012.

SÃO PAULO, Divisão das regiões de saúde da Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo. Disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=228575> Acesso em: 02/12/2019.

SÃO PAULO, Relação das Unidades que ofertam Práticas Integrativas e Complementares na Supervisão Técnica de Saúde Jabaquara/Vila Mariana da Coordenadoria Regional da Saúde Sudeste. **Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236738> Acesso em: 03/07/2018.

SÃO PAULO, Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – 2018 Ações previstas e executadas.** 2019, 274p.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. Especial, p. 184 – 191, 2014.

SPADACIO, C.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F.; ALEGRE, S. M.; TOVEY, P.; BROOM, A. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.7-13, jan/2010.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

SOUSA, I. M. C.; BODSTEIN, R. C. A.; TESSER, C. D.; SANTOS, F. A. S. S.; HORTALE, V. A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov, 2012.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases Socioculturais das Práticas Terapêuticas Alternativas. **História, Ciências & Saúde.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393 – 405, Abr/Jun, 2009.

SOUZA, M. C.; ARAÚJO, T. M.; JÚNIOR, W. M. R.; SOUZA, J. N.; VILELA, A. B. A.; FRANCO, T. B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, Mai, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 182p.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. J Manag Prim Health Care. v.5, n.2, p.202-212, 2014.

SUNOL, R.; FRENK, J. Editorial p. 6-7 in: HUMET, C. et. al. Suplemento Especial sobre monográfico de Avedis Donabedian. **Revista Calidad Asistencial.** Barcelona, n.1, v.16, 144p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n. 3, p. 7 – 28, 1998.

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

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública.** v. 42, n. 5, p. 914 – 920, 2008.

TESSER, C. D.; NEVES, M. L.; SANTOS, M. C. **Auriculoterapia segundo a Medicina Tradicional Chinesa.** In: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica. 1ª ed. Florianópolis: FETT Educação e Ensino LTDA, 2016. cap. 3, p. 11 – 19.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 42, N. 1, p. 174-188, Set, 2018.

VÉRAS, M. M. S.; PINTO, V. P. T.; OLIVEIRA, E. N.; QUINDERÉ, P. H. D. O Fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas**. Ano V, n. 1 Jan/Mar, 2004.

WHEDON, J. M.; PUNZO, M.; DEHEN, R.; MENARD, M. B.; FOGEL, D.; LEJOWNIK, J. Relevance of Quality Measurement to Integrative Healthcare in the United States. **J Altern Complement Med.** v. 22, n. 11, p. 853 – 858, Sep, 2016.

WHO, **WHO traditional medicine strategy: 2014 – 2023**. Geneva: World Health Organization; 2013.

APÊNDICE A – TODAS UNIDADES DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE VILA MARIANA/JABAQUARA QUE OFERTAM PICs.

STS VILA MARIANA / JABAQUARA	
Unidade de Saúde	**Práticas Integrativas e Complementares ofertadas**
CER ALEXANDRE KALIL YASBEC (CECI)	XIANG GONG, GINÁSTICA POSTURAL
CER VILA MARIANA	DANÇA CIRCULAR
UBS AMERICANÓPOLIS	ALONGAMENTO, RADIO TAISSO
CRHMTPIS UBS BOSQUE DA SAÚDE	XIANG GONG, LIAN GONG, RADIO TAISSO, MEDITAÇÃO, DANÇA CIRCULAR, ACUPUNTURA, HOMEOPATIA, AURICULOTERAPIA.
UBS / PSF VL. CAMPESTRE	CAMINHADA, XIANG GONG, MEDITAÇÃO / GRUPO PSICOTERAPIA, AURICULOTERAPIA.
UBS/PSF CUPECÊ	LIAN GONG, GRUPO DE MEDITAÇÃO, TAI CHI CHUAN
CECCO V. GUARANI	LIAN GONG, CAMINHADA, TAI CHI - PAI LIN, XIANG GONG, TAI JI QI GONG, DAO YIN BAO JIAN GONG, DANÇA CIRCULAR, DANÇA SENIOR, PROJETO JARDIM
CECCO PQ. IBIRAPUERA	YOGA, CAMINHADA, CAMINHADA, ALONGAMENTO, TAI CHI PAI LIN
CAPS AD II VILA MARIANA	YOGA
CAPS AD II JABAQUARA	XIANG GONG, RELAXAMEMTO, TAI CHI PAI LIN, CAMINHADA, LIAN GONG
UBS / PSF JD. LOURDES	LIAN GONG - GINÁSTICA - CAMINHADA, CORPO E VIDA, ACORDANDO BEM
UBS MAX PERLMAN	SEM GRUPOS NO MOMENTO
UBS / PSF PROF. MILTON SANTOS	CAMINHADA

UBS /PSF V. SANTA CATARINA	ALONGAMENTO, TAI CHI, DANÇA CIRCULAR, CHI KUN, LIAN GONG, AURICULOTERAPIA
UBS SIGMUND FREUD	LIAN GONG, XIANG GONG, DANÇA CIRCULAR
UBS CD VARGAS	CAMINHADA, ALONGAMENTO E TAI CHI PAI LIN, DANÇA CIRCULAR
UBS DR. GERALDO DA SILVA FERREIRA	XIANG GONG
UBS VILA CANAÃ	TAI CHI, DANÇA CIRCULAR, LIAN GONHG, CAMINHADA
UBS PARQUE IMPERIAL	EXERCITANDO (DANÇA CIRCULAR E MEDITAÇÃO), CONVIVÊNCIA NAZARÉ (DANÇA CIRCULAR), CONVIVÊNCIA CRISTO REI (DANÇA CIRCULAR)
UBS VILA CLARA	CAMINHADA (MEDITAÇÃO E DANÇA CIRCULAR), MUITO ALÉM DO PESO (MEDITAÇÃO E DANÇA CIRCULAR), CRIARTE II (DANÇA CIRCULAR E YOGA), CRIARTE I (DANÇA CIRCULAR E YOGA), OFICINA DE MEMÓRIA (DANÇA CIRCULAR), AURICULOTERAPIA.
CAPS INFANTO JUVENIL DO JABAQUARA	TAI CHI CHUAN

Fonte: Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Atenção Básica - Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde. Disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/medicinas_tradicionais/index.php?p=20377> e < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/SUDESTE.pdf> Acesso em: 03/07/2018.

APÊNDICE B – UNIDADES DA STS VM/JAB QUE OFERTAM PICs ATUALIZADAS EM SETEMBRO 2018

Coordenadoria/Supervisão/Mês/ano referência			Dados Unidade	Prática Corporal/ Meditativa/ Ativ Física	
CRS	STS	Mês/Ano de referência	Tipo Unidade	Tipo Pratica	Vínculo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Amb Espec	Xiang Gong	Voluntário
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CER	Dança Circular	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS	Alongamento	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS	Alongamento/ Grupo Renova	Efeitivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 2	Xiang Gong	Conc S.E.S.
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS CRHMTPIS	Lian Gong	Voluntária
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 2	Lian Gong/Tai Chi	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS CRHMTPIS	Lian Gong	Voluntário
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 2	Radio Taisso	Conc S.E.S.
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 2	Meditação	Conc S.E.S.
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS CRHMTPIS	Meditação	Voluntário
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 2	Auriculoterapia	SMS
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 2	Atividades Integrativas em Grupo	SMS
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS CRHMTPIS	Dança Circular	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS CRHMTPIS	reestruturando caminhada	
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS / PSF	Caminhada	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 4	Xiang Gong	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 4	Meditação / Grupo Psicoterapia	SPDM

Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS/PSF	Odonto BB	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS /PSF	Bem estar e espicha	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Lian Gong	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Caminhada	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Tai Chi - Pai Lin	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Xiang Gong	Voluntário
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Tai Ji Qi Gong	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Dao Yin Bao Jian Gong	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Dança Circular	Voluntário
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Dança Senior	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Alongamento	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Atividade Corporal	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Ginastica Postural	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Yoga	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Yoga	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Caminhada	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Caminhada	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Tai Chi Pai Lin	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Meditação	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Cecco	Tai Chi Pai Lin	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CAPS AD II	Mindfulness	Não consta
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CAPS AD II	Caminhada	Não consta
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CAPS AD II	Yoga	Efetivo
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CAPS AD II Álcool e Drogas	Estruturando grupos de: lian gong e grupo meditação mindfulness	
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CAPS Adulto II	Caminhada	SPDM

Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CAPS Adulto II	Práticas Corporais	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS / PSF	Lian Gong - Ginástica - Caminhada	Voluntário
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS / PSF	Corpo e Vida	SPDM - NASF
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS / PSF	Acordando Bem	SPDM - NASF
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS / PSF	Afromix	SPDM NASF
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS	Sem grupos no momento.	
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS / PSF	Caminhada	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS /PSF	Alongamento	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 1	Tai Chi	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 1	Dança Circular	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 1	Qi Gong	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 1	Auricoloterapia	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 1	Lian Gong	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS	Profissionais aposentaram	
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS	Caminhada, alongamento e tai chi pai lin	Efetiva
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS	Dança Circular	Efetiva
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS	Reestruturando atividades devido a aposentadoria	
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 3	Tai Chi	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 3	Dança Circular	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	UBS / PSF	Caminhada	SPDM
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 5	Caminhada (meditação, auriculoterapia e dança circular)	Equipe NASF
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 5	Criarte I (dança circular e yoga)	Equipe NASF
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	Unidade 5	Oficina de memória (auriculoterapia)	Equipe NASF
Sudeste	Jabaquara / Vila Mariana	set/18	CAPS	Tai Chi Chuan	Efetivo

LEGENDA	
	Prática Ofertada por Voluntário
	Prática não está entre as 29 da PNPIC
	Não houve resposta do profissional
	Não estava sendo ofertada PICs
	Serviço de saúde não é APS
	Unidades incluídas no estudo

Fonte: Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste. Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara. Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares. Disponibilizada pelo responsável da interlocução de PICS da STS VM/JAB em 11/03/2019.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Data aplicação: / / .

Iniciais do nome:

Profissão:

Gênero: Idade:

Unidade de trabalho:

Equipe de trabalho:

Telefone / Celular: ( ) Email:

APÊNDICE D – RELAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES OFERTADAS PELO SUS E SEUS RESPECTIVOS CÓDIGOS PARA REGISTRO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO.

Nº de PICS ofertadas no SUS	Práticas Integrativas e seus respectivos códigos para registro no sistema de informação do SUS
1	0101050011 PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
2	0101050020 TERAPIA COMUNITARIA
3	0101050038 DANCA CIRCULAR/BIODANCA
4	0101050046 YOGA
5	0101050054 OFICINA DE MASSAGEM/ AUTO-MASSAGEM
6	0101050062 SESSAO DE ARTETERAPIA
7	0101050070 SESSAO DE MEDITACAO
8	0101050089 SESSAO DE MUSICOTERAPIA
9	0101050097 SESSAO DE ANTROPOSOFIA APLICADA A SAUDE
10	0101050100 SESSAO DE BIODANCA
11	0101050119 SESSAO DE BIOENERGETICA
12	0101050127 SESSAO DE CONSTELACAO FAMILIAR
13	0101050135 SESSAO DE DANCA CIRCULAR
14	0101050143 SESSAO DE TERMALISMO
15	0309050014 SESSAO DE ACUPUNTURA APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA
16	0309050022 SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS
17	0309050030 SESSAO DE ELETROESTIMULACAO
18	0309050049 SESSAO DE AURICULOTERAPIA
19	0309050057 SESSAO DE MASSOTERAPIA
20	0309050065 TRATAMENTO TERMAL/CRENOTERAPICO
21	0309050073 TRATAMENTO NATUROPATICO
22	0309050081 TRATAMENTO OSTEOPATICO
23	0309050090 TRATAMENTO QUIROPRATICO
24	0309050103 SESSAO DE REIKI
25	0309050111 SESSAO DE APITERAPIA

26	0309050120 SESSAO DE AROMATERAPIA
27	0309050138 SESSAO DE CROMOTERAPIA
28	0309050146 SESSAO DE GEOTERAPIA
29	0309050154 SESSAO DE HIPNOTERAPIA
30	0309050162 SESSAO DE IMPOSICAO DE MAOS
31	0309050170 SESSAO DE OZONIOTERAPIA APLICADA A ODONTOLOGIA
32	0309050189 SESSAO DE TERAPIA DE FLORAIS
33	0309050197 TRATAMENTO HOMEOPATICO
34	0309050200 TRATAMENTO FITOTERAPICO
35	0309050219 TRATAMENTO ANTROPOSOFICO
36	0309050227 TRATAMENTO AYURVEDICO
37	0309050235 TRATAMENTO EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA

ANEXO A – PARECER DO CEP SMS/SP APROVADO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DO SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.

Pesquisador: Lissandra Fogaça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94826518.1.3001.0086

Instituição Proponente: Gabinete

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.000.194

Apresentação do Projeto:

Será realizada pesquisa de campo do tipo transversal, exploratória, descritiva e de natureza qualitativa com profissionais que atuam com PICs nas unidades da APS.

A coleta de dados com os profissionais será realizada na forma de entrevista semiestruturada, individual e no momento em que lhes for mais confortável, onde os profissionais que atuam com PICs deverão responder às questões do instrumento do questionário PICs Adaptado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares.

Objetivo Secundário: a) avaliar a qualidade dos serviços de saúde da APS a partir da estrutura, processo e dos resultados; b) relacionar a qualidade dos serviços de saúde com a oferta de PICs e c) compreender como ocorre o cuidado em saúde do profissional que oferta PICs na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco previsto por essa pesquisa é o de possível constrangimento e para que isso não ocorra, o acesso às respostas dos questionários serão individuais e poderão ser realizados em local de maior conforto escolhido pelo voluntário. Além disso, o questionário respondido e a entrevista

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8° andar
Bairro: Vila Buarque **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com

gravada não terão sua identificação e serão armazenados em um armário trancado e as chaves ficarão na posse da pesquisadora. Ademais, ressaltamos que o voluntário poderá interromper sua participação no decorrer dessa pesquisa no momento em que quiser e tal atitude não lhe trará nenhum tipo prejuízo, quer seja pessoal, profissional ou financeiro.

Os benefícios previstos com sua participação são: possíveis aprimoramentos para sua prática de cuidado;para o serviço de saúde e para ciência. Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo, a qualquer tempo, você poderá buscar indenização, conforme legislação vigente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta objetivo claro na Analise da qualidade dos serviços de saúde da APS que ofertam PICs.

Constitui metodologia com base em autores consagrados na análise de conteúdo e resultados a partir da estrutura, processo e resultado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

TCLE está adequado.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

ADEQUAÇÕES REALIZADAS PROJETO APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser ru-bricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresenta-das ao CEP de

forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mes-mo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1224424.pdf	29/10/2018 15:32:35		Aceito
Outros	Respostas_pendencias_CEP_SMS.docx	29/10/2018 15:31:52	Lissandra Fogaça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_pendencias.pdf	29/10/2018 15:02:38	Lissandra Fogaça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Lissandra_Fogaca_pos_pendencias.pdf	29/10/2018 15:01:46	Lissandra Fogaça	Aceito
Outros	Ficha_cadastro_CEPUnifesp.pdf	31/07/2018 17:47:12	Lissandra Fogaça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Lissandra.pdf	31/07/2018 17:28:58	Lissandra Fogaça	Aceito
Outros	Termo_de_Ciencia_Coparticipante.pdf	31/07/2018 17:02:29	Lissandra Fogaça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/07/2018 17:54:15	Lissandra Fogaça	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

ANEXO B – PARECER APROVADO CEP UNIFESP

UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DO SERVIÇO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.

Pesquisador: Lissandra Fogaça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94826518.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.906.721

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0885/2018

Introdução: O modelo de atenção biomédico, ainda que predominante, não tem solucionado muitos problemas de saúde de grande parte da população, devido ao seu caráter mecanicista, cujo foco é a doença e não o doente. As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) constituem um modelo vitalista e holístico, pois consideram que crenças e saberes culturais são indissociáveis do processo cuidado – cura, tornando essas práticas um modelo de cuidado mais humanizado e centrado na pessoa. Uma recente conquista foi a inserção das PICs na Atenção Primária à Saúde (APS) contribuindo para possiblidade de desenvolver-se uma prática generalista e promotora de saúde. Acredita-se que uma avaliação da qualidade dos serviços e das atividades realizadas no cuidado em saúde por profissionais que atuam com PICs na APS, deva ser melhor apreciada e descrita. No modelo conhecido como a "Tríade de Donabedian" a avaliação do serviço deve ser realizada a partir da utilização de indicadores representativos principais: Estrutura, Processo e Resultado. Objetivo: Analisar a qualidade dos serviços de saúde da APS que ofertam PICs de modo que se possa compreender suas relações, na medida em que se influenciam ou não.

-HIPÓTESE: A oferta de PICs pode influenciar a qualidade do serviço da APS em relação à estrutura, processo e resultado.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde que ofertam Práticas Integrativas e Complementares.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: a) avaliar a qualidade dos serviços de saúde da APS a partir da estrutura, processo e dos resultados; b) relacionar a qualidade dos serviços de saúde com a oferta de PICs e c) compreender como ocorre o cuidado em saúde do profissional que oferta PICs na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: O risco previsto por essa pesquisa é o de possível constrangimento e para que isso não ocorra, o acesso às respostas dos questionários serão individuais e poderão ser realizados em local de maior conforto escolhido pelo voluntário. Além disso, o questionário respondido e a entrevista gravada não terão sua identificação e serão armazenados em um armário trancado e as chaves ficarão na posse da pesquisadora. Ademais, ressaltamos que o voluntário poderá interromper sua participação no decorrer dessa pesquisa no momento em que quiser e tal atitude não lhe trará nenhum tipo prejuízo, quer seja pessoal, profissional ou financeiro.

-BENEFÍCIOS: Não haverá despesa ao profissional que participar dessa pesquisa. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-Trata-se de projeto de mestrado de Lissandra Fogaça. Orientadora: Profa. Dra. Mariana Cabral Schveitzer. Projeto vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva, Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

-Centro Coparticipante: Gabinete; responsável: Emílio Telesi Júnior; CEP: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP.

TIPO DE ESTUDO: Será realizada pesquisa de campo do tipo transversal, exploratória, descritiva e de natureza qualitativa.

LOCAL: Os locais da pesquisa serão unidades da APS que ofertam PICs das Coordenadoria Regionais de Saúde Sudeste (CRS Sudeste) e Sul da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), sendo que a Supervisão Técnica de Saúde da CRS Sudeste será a STS Jabaquara/Vila

Mariana (STS/JAB/VM) e a STS Sul será a M'Boi Mirim (STS/MBoi).
PARTICIPANTES: A população será composta por 20 profissionais que atuam com PICs nas unidades da APS adstritas às STS JAB/VM e STS M'Boi Mirim.
-Critério de Inclusão: Serão incluídos na pesquisa, unidades da APS da STS JAB/VM e da STS M'Boi as quais profissionais utilizem recursos das PICs como terapêutica complementar ou não, em seus atendimentos, sendo estes vinculados à SMS/SP tanto pela administração direta ou pela indireta via Organizações Sociais (OSS).
-Critério de Exclusão: Serão excluídos da pesquisa: profissionais que não estão inseridos, de alguma forma, na APS ou que sejam voluntários nesses serviços.
PROCEDIMENTOS:
- A coleta de dados com os profissionais será feita após ciência e consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e será realizada na forma de entrevista semiestruturada, individual e no momento em que lhes for mais confortável, onde os profissionais que atuam com PICs deverão responder às questões do instrumento do questionário PICs Adaptado (QPICs/Adaptado) (APÊNDICE - B).
-Também será realizado - observação da prática profissional; diário de campo e dados sobre o serviço. A estratégia de análise de dados será a triangulação de dados considerando-se: entrevistas, respostas do QPICs Adaptado, as observações e diário de campo. Para organização dos dados será considerando: a estrutura, o processo e os resultados.
(mais informações, ver projeto detalhado).

-DESFECHO PRIMÁRIO: Os resultados esperados são: identificar como está a qualidade do serviço na APS e se as PICs contribuem para melhora da qualidade dos serviços de saúde da APS, de modo a desenvolver um modelo para aprimorar o serviço e a oferta de PICs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.
2-TCLE a ser aplicado aos participantes
3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
a)- carta de anuência do pesquisador responsável no centro coparticipante (Pasta: outros- Submissão 1; Documento: Termo_de_Ciencia_Coparticipante.pdf)
4-O roteiro da entrevista e questionário estão anexados no final do projeto detalhado.

Recomendações:

Adequar o TCLE antes de sua aplicação:

a)- retirar a palavra "anexo " do cabeçalho do documento, já que o TCLE não é um anexo, mas sim um documento individualizado.

b)- ao citar o centro coparticipante, informar o no me do pesquisador vinculado a ele (Emílio Telesi Júnior);

b)- é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra 'cópia'), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

c)- todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

d)-no campo de assinaturas, inserir local para o nome e assinatura do pesquisador que irá aplicar o TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado (ver recomendação acima)

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1182928.pdf	31/07/2018 17:52:16		Aceito
Outros	Ficha_cadastro_CEPUnifesp.pdf	31/07/2018 17:47:12	Lissandra Fogaça	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	31/07/2018 17:29:22	Lissandra Fogaça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Lissandra.pdf	31/07/2018 17:28:58	Lissandra Fogaça	Aceito
Outros	Termo_de_Ciencia_Coparticipante.pdf	31/07/2018 17:02:29	Lissandra Fogaça	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/07/2018 18:11:10	Lissandra Fogaça	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/07/2018 18:11:00	Lissandra Fogaça	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/07/2018 17:54:15	Lissandra Fogaça	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa de campo que será realizada pela fisioterapeuta e mestranda Lissandra Zanovelo Fogaça, sob orientação da Professora Pós Dra. Mariana Cabral Schveitzer.

A pesquisa tem como objetivo analisar a qualidade dos serviços de saúde nas unidades da Atenção Primária à Saúde e a oferta das Práticas Integrativas e Complementares por profissionais inseridos nesse modelo de serviço.

Acreditamos que essa pesquisa seja importante, pois os resultados obtidos no estudo poderão contribuir positivamente para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo e para a melhora da oferta e o uso das Práticas Integrativas e Complementares.

Será apresentado a você um questionário sobre as Práticas Integrativas e Complementares com questões de múltipla escolha e perguntas abertas sobre a qualidade do serviço e as PICs as quais serão gravadas e, posteriormente, transcritas na forma de notas. Caso concorde, será feita uma observação da sua prática e registrada em diário de campo pela pesquisadora. Ressaltamos que o risco previsto por essa pesquisa é o de possível constrangimento e para que isso não ocorra, o acesso e respostas dos questionários serão individuais e poderão ser realizados em local de maior conforto escolhido por você. Além disso, o questionário respondido e a entrevista gravada não terão sua identificação e serão armazenados em um armário trancado e as chaves ficarão na posse da pesquisadora.

Ressaltamos, ainda, que sua participação é voluntária e a recusa ou interrupção da sua participação no decorrer dessa pesquisa, não lhe trará nenhum tipo prejuízo, quer seja pessoal, financeiro ou profissional, inclusive relacionado aos seus atendimentos na unidade de saúde.

As informações prestadas por você poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Após o término da pesquisa, os resultados serão divulgados na forma de relatório de conclusão, porém sem a sua identificação, ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP); ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (CEP/SMS/SP), a qual é coparticipante desta pesquisa; à Secretaria Municipal da

Saúde de São Paulo (SMS/SP); à Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde, da qual sua unidade é pertencente, e à você.

Você não terá nenhuma despesa ao participar dessa pesquisa, pois a pesquisadora irá até você e lhe entregará todo material necessário impresso. Os benefícios previstos com sua participação são: possíveis aprimoramentos para sua prática de cuidado; para o serviço de saúde e para ciência. Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo, a qualquer tempo, você poderá buscar indenização, conforme legislação vigente.

Este termo foi elaborado de acordo com a Resolução N º 466 de 12 de dezembro de 2012, que trata das normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais utilizando dados de seres humanos. Serão entregues, duas vias originais, uma ficará com você e a outra será armazenada com a pesquisadora.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) defendem os interesses dos sujeitos da pesquisa contribuindo para desenvolvimento de pesquisas dentro dos padrões éticos. O CEP/UNIFESP, ao qual esse projeto será submetido, fica localizado à Rua Francisco de Castro nº 55, Vila Clementino, CEP 04020-050 São Paulo/SP seu telefone é o (11) 5571-1062 e e-mail: cep@unifesp.edu.br. Já O CEP – SMS/SP encontra-se localizado à Rua General Jardim, 36, 4º andar, sob o telefone: (11) 3397-2464 e e-mail: smscep@gmail.com. Caso haja alguma dúvida ou denúncia quanto às questões éticas, os CEPs poderão ser contatados através de seus e-mails ou telefones.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação, quanto à pesquisa de um modo geral, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável: Lissandra Zanovelo Fogaça no endereço Rua Heitor Penteado, 2009 Ap 204 Sumarezinho, São Paulo – SP, pelo e-mail: lissandra_zf@hotmail.com ou pelo telefone (17) 98113.1103, sendo aceita ligação a cobrar.

Eu, _____, após ter sido devidamente esclarecido, estou de acordo em participar desse estudo e ciente de ter recebido uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Paulo, ___/___/_____

_____ _____

Assinatura do Voluntário

Lissandra Zanovelo Fogaça
Pesquisadora Responsável