

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Camila da Rocha Duarte de Carvalho

Planejamento Estratégico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:
um projeto de intervenção no município de Mendes-RJ

Rio de Janeiro

2022

Camila da Rocha Duarte de Carvalho

Planejamento Estratégico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:
um projeto de intervenção no município de Mendes-RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mirna Barros Teixeira.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ângela Oliveira Casanova.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Strategic planning of integrative and complementary health practices: an intervention project in the city of Mendes-RJ.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C331p Carvalho, Camila da Rocha Duarte de.
Planejamento Estratégico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: um projeto de intervenção no município de Mendes-RJ / Camila da Rocha Duarte de Carvalho. -- 2022.
171 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Mirna Barros Teixeira.
Coorientadora: Ângela Oliveira Casanova.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Gestão em Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Terapias Complementares. 4. Política de Saúde. 5. Estudos de Avaliação como Assunto. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362,10425098153

Camila da Rocha Duarte de Carvalho

Planejamento Estratégico das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde:
um projeto de intervenção no município de Mendes-RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 30 de junho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Magda Ribeiro de Castro Soares
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Aggeu Magalhães

Prof.^a Dra. Egleubia Andrade de Oliveira
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva

Prof.^a Dra. Ângela Oliveira Casanova (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dra. Mirna Barros Teixeira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço à espiritualidade, que mesmo invisível aos olhos físicos se fez onipresente, me acalentando quando estava cansada, me guiando quando pensei estar perdida, e me incentivando nas horas de desânimo, dando-me coragem para dar este passo em minha trajetória profissional.

Aos meus pais Sonia e Edson, razões da minha constante busca por ser a minha melhor versão.

Ao meu companheiro de vida Norton, por todo apoio, compreensão e escuta. Por estar ali por mim e para mim em todo o processo, sendo parte essencial da construção desse trabalho.

À minha família e amigos queridos, que entenderam todos os momentos de ausência em razão do estudo.

Às minhas orientadoras, Mirna e Ângela, pela parceria, paciência e ensinamentos.

À coordenação do curso de mestrado profissional pelo apoio e resiliência em relação aos momentos conturbados aos quais passamos no decorrer desses dois anos atípicos.

Aos colegas da secretaria municipal de saúde de Mendes, em especial às equipes de Atenção Básica, Nasf-AB e Planejamento, pelo incentivo constante, por entenderem minhas ausências e se mostrarem colaborativos e disponíveis sempre que necessário.

E à Mendes, cidade menina, que tão bem me acolheu desde o dia em que a escolhi como palco de atuação profissional.

Toda arte e toda investigação, assim como toda ação e toda escolha, têm em mira um bem qualquer; e por isso foi dito, com muito acerto que o bem é aquilo a que todas as coisas tendem.

ARISTÓTELES, 1979, p. 49.

RESUMO

A trajetória de implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS) municipal tem se dado de forma heterogênea e incipiente. Em Mendes, município do interior do estado do Rio de Janeiro, as PICS são ofertadas de forma desestruturada. É de responsabilidade da gestão o planejamento da implantação dessas práticas, considerando as especificidades do território e da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Este estudo objetivou planejar a implantação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Mendes, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Trata-se de um Projeto de Intervenção (PI), sob a proposta de construção de um plano de implantação das PICS no município, com ênfase na Atenção Básica (AB). A primeira etapa foi constituída de: pesquisa documental; aplicação de um questionário eletrônico aos profissionais de saúde da rede e; oficina técnica no âmbito da gestão (elaboração da matriz SWOT/FOFA). As demais etapas referem-se à elaboração de uma matriz de programação das ações e o modelo lógico da intervenção, respectivamente. Apesar dos hiatos no planejamento das PICS no município, são observados movimentos de articulação na rede com o intuito de estabelecer fluxos de referenciamento. No entanto, não foi evidenciada a organização dos processos de trabalho. Foram identificadas ofertas de PICS na AB e na atenção especializada. Entre os aspectos limitantes à sua implantação estão a ausência de incentivo financeiro específico e a dificuldade na conciliação da agenda profissional com a inserção das PICS. Entre os fortalecedores estão a inserção das PICS no Plano de Saúde Municipal, e a existência de profissionais qualificados em PICS na RAS. São recomendadas a elaboração de propostas de qualificação e a inclusão de capacitações nas agendas de educação permanente institucionais. Ademais, que seja dada continuidade ao plano de implantação, com a inserção das práticas nas demais esferas de gestão, observando o princípio de planejamento ascendente. Cabe ainda enfatizar a importância do desenvolvimento de uma política municipal, capaz de conferir segurança e legitimidade ao processo de implantação. Entretanto, é premente que esta não seja limitada a um ato político-normativo, mas que sejam desenvolvidos dispositivos compatíveis com as especificidades do território, pactuados coletivamente, para de fato, consolidar as PICS no SUS municipal.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Planejamento em saúde; Práticas Integrativas e Complementares; Política de saúde.

ABSTRACT

The trajectory of implementation of Integrative and Complementary Practices in Health (PICS) in the municipal Unified Health System (SUS) has been heterogeneous and incipient. In Mendes, a municipality in the interior of the state of Rio de Janeiro, PICS are offered in an unstructured way. The management is responsible for planning the implementation of these practices, considering the specificities of the territory and the Health Care Network (RAS). This study aimed to plan the implementation of Integrative and Complementary Practices in the municipality of Mendes, according to the guidelines of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC). It is an Intervention Project (IP), under the proposal of building a plan to implement PICS in the city, with emphasis on Primary Care (AB). The first stage consisted of: documentary research; application of an electronic questionnaire to health professionals in the network and; technical workshop in the scope of management (preparation of the SWOT/FOFA matrix). The other steps refer to the elaboration of an action programming matrix and the intervention's logical model, respectively. Despite the gaps in the planning of PICS in the municipality, articulation movements are observed in the network with the aim of establishing referencing flows. However, the organization of work processes was not evidenced. PICS offers were identified in AB and in specialized care. Among the aspects that limit its implementation are the absence of specific financial incentives and the difficulty in reconciling the professional agenda with the insertion of PICS. Among the strengths are the inclusion of PICS in the Municipal Health Plan, and the existence of qualified professionals in PICS in the RAS. The preparation of qualification proposals and the inclusion of training in institutional permanent education agendas are recommended. Furthermore, that the implementation plan be continued, with the insertion of practices in the other spheres of management, observing the principle of ascending planning. It is also worth emphasizing the importance of developing a municipal policy, capable of providing security and legitimacy to the implementation process. However, it is urgent that this is not limited to a political-normative act, but that devices compatible with the specificities of the territory are developed, collectively agreed, in order to, in fact, consolidate the PICS in the municipal SUS.

Keywords: Health management; Health planning; Integrative and Complementary Practices; Health policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	As dimensões fundamentais dos sistemas médicos.....	33
Figura 2 -	Componentes de uma intervenção: modelo pipeline.....	56
Figura 3 -	Uma entre as cinco estações ferroviárias instalada às margens da Estrada de Ferro D. Pedro II.....	61
Figura 4 -	Mapa das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.....	63
Figura 5 -	Modelo Lógico de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ	125
Figura 6 -	Modelo Lógico de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ (2ª parte).....	126
Quadro 1 -	Objetivos e diretrizes da política nacional de práticas integrativas e complementares (pnpic).....	25
Quadro 2 -	Modalidades de PICS e a trajetória de regulamentação na PNPIC.....	29
Quadro 3 -	Resumo comparativo das Racionalidades Médicas.....	34
Quadro 4 -	Formatos de Inserção das PICS no SUS.....	39
Quadro 5 -	Estrutura de análise da Matriz SWOT/FOFA.....	43
Quadro 6 -	Roteiro do questionário eletrônico.....	52
Quadro 7 -	Referenciais teóricos e suas equivalências de termos.....	56
Quadro 8 -	Projeto de Intervenção do Plano de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ.....	57
Quadro 9 -	Estratégia Saúde da Família de Mendes-RJ.....	70
Quadro 10 -	Resumo sobre o funcionamento do Programa Previne Brasil – Ministério da Saúde.....	74
Quadro 11 -	Oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção à Saúde do município de Mendes-RJ.....	79
Quadro 12 -	Resumo do Plano de Saúde (PS) de Mendes-RJ (2022-2025) em Eixos e Diretrizes.....	88
Quadro 13 -	Plano de Saúde (PS) de Mendes: inclusão das atividades em PICS entre seus objetivos e metas pactuadas.....	89
Quadro 14 -	Matriz FOFA (Eixo 1) – Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICS).....	110
Quadro 15 -	Matriz FOFA (Eixo 2) – o processo de trabalho em PICS.....	111

Quadro 16 - Estratégias de Implantação das PICS.....	112
Quadro 17 - Recursos aplicáveis às PICS no âmbito do município de Mendes-RJ.....	120
Quadro 18 - Matriz de programação das ações.....	122
Quadro 19 - Matriz de programação das ações (continuação).....	124
Gráfico 1	
Evolução do número de internações segundo o capítulo do cid-10	
entre os anos 2019 e 2021 no município de Mendes-RJ: Capítulos I,	
IX e X.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Comparação entre Mortalidade Prematura por DCNT Mortalidade Geral na mesma faixa etária Mendes-RJ.....	67
Tabela 2 -	Componentes de uma intervenção: modelo pipeline.....	82
Tabela 3 -	Perfil dos respondentes segundo sexo e faixa etária.....	92
Tabela 4 -	Perfil dos respondentes segundo sexo e cor.....	92
Tabela 5 -	Perfil dos respondentes segundo sexo e escolaridade.....	93
Tabela 6 -	Perfil dos respondentes segundo sexo e profissão.....	94
Tabela 7 -	Perfil dos respondentes segundo tempo de formação, de atuação na RAS municipal e de atuação no local atual de trabalho.....	95
Tabela 8 -	Perfil dos respondentes segundo sexo e setor de atuação.....	96
Tabela 9 -	Perfil dos responsáveis pela organização da agenda laboral dos respondentes.....	97
Tabela 10 -	Respostas sobre conhecimento e formação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS).....	97
Tabela 11 -	Respostas sobre as modalidades de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) conhecidas.....	99
Tabela 12 -	Mapeamento de profissionais com formação em PICS no município de Mendes segundo setor e modalidade.....	101
Tabela 13 -	Respostas sobre a formação em Práticas Integrativas e Complementares (PICS) segundo o tipo e modalidade de ensino.....	102
Tabela 14 -	Oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no ambiente de trabalho e o seu formato de inserção.....	103
Tabela 15 -	Adequabilidade Física das unidades de saúde para a realização das PICS.....	104
Tabela 16 -	Principais demandas por atendimento em PICS entre os respondentes..	105
Tabela 17 -	Principais aspectos limitantes e ações potencializadoras ao exercício das PICS no local de trabalho, de acordo com os dados da <i>web survey</i> sobre as PICS aplicado aos profissionais de saúde de Mendes-RJ.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPICS	Coordenação Nacional de PICS nos Municípios e Estados
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAD	Educação à Distância
e- GESTOR	Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS APS	Estratégia e-sus Atenção Primária
FOFA	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTCI	Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
MT/MCA	Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa
Nasf- AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	PANORAMA NACIONAL DAS PICS.....	22
3.2	RACIONALIDADES MÉDICAS EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PNPIC.....	32
3.3	A ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO NÍVEL DE ATENÇÃO ESTRATÉGICO PARA OFERTA DAS PICS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	35
3.4	O PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	40
4	METODOLOGIA	46
4.1	IDENTIFICANDO NÓS CRÍTICOS E POTENCIALIDADES.....	47
4.1.1	Pesquisa Documental	47
4.1.2	Questionário Eletrônico (<i>web survey</i>)	49
4.1.3	Oficina Técnica	52
4.2	DESENHO DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS PICS NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ: A MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	54
4.3	MODELO LÓGICO DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ.....	55
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1	PRIMEIRA FASE: IDENTIFICANDO NÓS CRÍTICOS E POTENCIALIDADES.....	60
5.1.1	Diagnóstico Situacional do Município de Mendes	60
5.1.1.1	<i>Um breve histórico do município objeto de intervenção</i>	61
5.1.1.2	<i>Aspectos Demográficos e Socioeconômicos</i>	62
5.1.1.3	<i>Perfil de morbimortalidade municipal</i>	64
5.1.1.4	<i>Organização da Atenção à Saúde, com destaque para a Atenção Básica</i>	

	<i>(AB) e a descrição da rede de serviços de saúde de Mendes-RJ.....</i>	68
5.1.1.4.1	A Atenção Básica	69
5.1.1.4.2	A Atenção Especializada	74
5.1.1.5	<i>Mapeamento das PICS na Rede de Atenção à Saúde de Mendes-RJ.....</i>	78
5.1.1.6	<i>O Plano de Saúde do município de Mendes: vigência 2022-2025.....</i>	87
5.1.2	Análise dos resultados do questionário eletrônico (<i>web survey</i>).....	90
5.1.3	Análise do Contexto e Estratégias de Implementação das PICS: a Oficina Técnica.....	109
5.1.3.1	<i>Forças, oportunidades, fraquezas e ameaças para a implantação das PICS em Mendes.....</i>	112
5.1.3.2	<i>Estratégias de implementação do Plano de Implantação das PICS.....</i>	115
5.2	DESENHO DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS PICS NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ: A MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	121
5.3	MODELO LÓGICO DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ.....	124
5.3.1	Validação do instrumento de intervenção.....	126
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 1.....	142
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 2	144
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO (<i>WEB SURVEY</i>)	147
	APÊNDICE D - LISTA DE PRESENÇA DA OFICINA TÉCNICA....	158
	APÊNDICE E - ATA DA OFICINA TÉCNICA.....	159
	APÊNDICE F - CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	168
	APÊNDICE G - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).....	169
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	171

APRESENTAÇÃO

A motivação para este estudo diz respeito à minha inserção enquanto profissional de saúde e servidora pública de Mendes, desde 2016, em um município localizado no interior do estado do Rio de Janeiro, inicialmente como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, posteriormente, no âmbito da gestão, nas coordenações de Atenção Básica (AB) e do Núcleo Ampliado de Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

A oferta das PICS no município de Mendes foi impulsionada, inicialmente, por uma capacitação em auriculoterapia no formato semipresencial, ofertada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2017. Mesmo havendo divulgação às gerências das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fui a única profissional a se interessar. Naquele momento, eu exercia a função de enfermeira gerente e, ao mesmo tempo, assistente em uma equipe de Saúde da Família (eSF). Após a conclusão da capacitação, passei a desenvolver a prática no local onde atuava para usuários cadastrados na equipe. A oferta era demasiado limitada, tendo em vista a necessidade de incluí-la na minha carga horária, já atribulada em meio a acumulação das funções de enfermeira assistencial e de gerente de unidade.

Inicialmente os atendimentos ocorriam por meio de agendamento prévio, sendo reservado um turno semanal (4 horas), após autorização da coordenação da Atenção Básica (AB). Os primeiros usuários surgiram a partir da oferta durante a consulta de enfermagem, principalmente àqueles que relatavam dores crônicas, sofrimentos psíquicos e alterações no ciclo menstrual.

Mesmo que a população e os profissionais de saúde da AB não tivessem conhecimento específico sobre auriculoterapia, houve uma crescente procura pelo serviço, inclusive por usuários provenientes de outros bairros, assim como a manifestação de interesse por capacitações na área da parte de alguns trabalhadores.

Em 2018, dois profissionais da equipe Nasf-AB se inscreveram em uma nova edição da capacitação, e a oferta da modalidade foi expandida para outras unidades do município. A demanda pelo serviço aumentou consideravelmente, por três motivos: primeiramente devido à carga horária limitada dos profissionais da equipe, responsável por todo o território municipal cadastrado na ESF. Outro motivo, já esperado, se deu com a divulgação, no âmbito das

unidades, sobre a oferta de auriculoterapia. E por último, apesar da inexistência de fluxos de referência e contra referência para as PICS, foi iniciado um movimento de referenciamento para o serviço, partindo dos profissionais das UBS. Somadas, essas circunstâncias geraram fila de espera e, por consequência, o descontentamento dos usuários e a desmotivação dos profissionais que se dispuseram a oferecer a modalidade de PICS.

No último trimestre de 2018, após uma troca entre secretários municipais de saúde, fui convidada a assumir a coordenação municipal de Atenção Básica de Mendes. Tal fato gerou em mim motivação para retomar a expansão das PICS no município, a princípio na Atenção Básica. Inicialmente, durante uma das reuniões regulares com as gerências locais, averigui, informalmente, sobre a existência de profissionais interessados em ofertar a auriculoterapia nas unidades em que atuavam, e a resposta foi positiva. A ideia inicial seria organizar uma capacitação em serviço, onde, ao menos um profissional de cada UBS participasse, de modo que todas as unidades pudessem ofertar o serviço.

A primeira capacitação foi organizada pelas coordenações da AB e de Educação Permanente em Saúde (EPS) e realizada no ano de 2019. Foram oferecidas 15 vagas para profissionais da ESF e Nasf-AB, sendo reservado um percentual para o setor de Saúde Mental, que manifestou interesse em participar. A secretaria municipal de saúde atendeu positivamente à iniciativa e contratou um profissional externo para ministrar as atividades, que foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2019. Ao término do processo, cada profissional capacitado foi orientado a dar início às atividades em suas unidades. Inclusive, foi confeccionado um termo de responsabilidade no qual informava que o profissional se inscreveu na capacitação espontaneamente, e assumia o compromisso de ofertar o serviço em sua unidade de atuação, dentro das limitações de sua carga horária.

Em 2020 e a oferta do serviço continuou limitada, e quase não exercida pelas equipes de Saúde da Família (eSF), sendo restrita aos usuários encaminhados ao Nasf-AB. Uma parcela dos profissionais capacitados em auriculoterapia já não atua no município, e a maioria dos que atua não a desempenha. Tal fato possivelmente está relacionado a alta rotatividade dos recursos humanos, frequente no âmbito municipal, ocasionada nas trocas governamentais devido, principalmente, à fragilidade dos vínculos trabalhistas de uma parcela dos colaboradores. Além disso, não existe um processo de trabalho em PICS estabelecido e organizado, capaz de nortear a prática desses profissionais.

No início de 2021 deixei o cargo de coordenadora da AB para presidir a coordenação do Nasf -AB e, adicionalmente, integrar o quadro de técnicos do setor de planejamento em saúde, na área de projetos. Tal mudança me presenteou com a possibilidade de ser parte dos dois polos da engrenagem: o operacional, por meio da liderança de uma equipe e; estratégico, ao compor o núcleo de suporte para as tomadas de decisão da gestão. Outrossim, atuar nesses dois espaços decisórios foi essencial para que eu pudesse vislumbrar as ações necessárias ao processo de implantação das PICS no município, e sua efetiva institucionalização.

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem destacando a importância da inclusão das Medicinas Tradicionais, Complementares e Alternativas nos sistemas de saúde de seus países-membros (TAKESHITA *et al.*, 2021). A Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, que defendeu uma Atenção Básica (AB) integral e saúde para todos em sua *carta de Alma-Ata*, com seus princípios reafirmados em Astana¹ (GIOVANELLA *et al.*, 2019), também foi catalisadora de discussões acerca da implantação das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) no Brasil (BARBOSA *et al.*, 2020).

No Brasil, na década de 1980, a saúde como direito de todos foi defendida pelo movimento sanitário e consagrado enquanto base legal na Constituição de 1988, com a Lei nº8.080/1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a APS como estratégia prioritária de modelo de assistência, adotando os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2000; MATTA *et al.*, 2018).

Diante de um panorama global questionador dos formatos de oferta de cuidado, como o modelo biomédico, assim como o incentivo crescente às novas culturas de saúde e outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas (BRASIL, 2020a), as Medicinas Tradicionais e Complementares/Alternativas (MT/MCA)², conhecidas no Brasil como Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ganharam espaço no cenário de saúde, na premissa de garantir o acesso à saúde de forma ampliada e universal.

A utilização do termo Práticas Integrativas e Complementares (PICS) tornou-se mais expressiva no Brasil a partir da constituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006, por meio da Portaria nº971/2006 (BRASIL, 2006), sendo

¹ A Declaração de Astana ocorreu durante a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em outubro de 2018 em Astana, Cazaquistão, ano de comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata. Teve o propósito de renovar o compromisso de Alma-Ata, afirmando a APS como núcleo estruturante da rede de atenção à saúde, objetivando atingir a cobertura universal em saúde e o desenvolvimento de sistemas de saúde sustentáveis, enfatizando a integralidade, a equidade e a inclusão social (GIOVANELLA, L. *et al.*, 2019).

² Os termos Medicina complementar e medicina alternativa (MC/MA) são utilizados em alguns países, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para descrever o conjunto de práticas de saúde não integradas à tradição ou à medicina convencional local.

legitimada a oferta de algumas modalidades, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social (BRASIL, 2006). A formulação de uma política surge em resposta às demandas advindas da sociedade, além das recomendações expressas pela OMS sobre a necessidade de se estabelecer políticas públicas de saúde. O Brasil destaca-se como um dos 69 Estados-membros da OMS que possuem políticas específicas para as PICS (LUZ; SANTOS, 2014), sendo considerado um marco da legitimação das PICS no SUS.

A PNPIC foi desenvolvida enquanto estratégia de potencialização do processo de implantação das ações e serviços de PICS no SUS em todo território nacional (LOSSO; FREITAS, 2017; BRASIL, 2006), preconizando a sua inserção na Atenção Básica³ (AB) (FAQUETI; TESSER, 2018), por representar a porta de entrada ao sistema de saúde e ser responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

A política tem como principal recomendação, a implantação e implementação das ações e serviços em PICS no SUS com ênfase na Atenção Básica (AB), porta de entrada na rede de atenção à saúde, como forma de contribuir na prevenção de agravos, promoção e a recuperação da saúde da população (BARROS, 2012).

Por um lado, a PNPIC trouxe avanços à saúde brasileira, por meio de incentivos à normatização e institucionalização das práticas na rede pública pelas gestões locais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012). No entanto, poucos estados e municípios deram continuidade ao processo de institucionalização⁴ iniciado com a Política Nacional, na constituição de normativas legais, como as Políticas Estaduais e Municipais. Outro ponto de fragilidade, e que corrobora substancialmente para a não legitimação e institucionalização efetiva das PICS nos municípios é a inexistência de financiamento específico federal enquanto incentivo.

³ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes (BRASIL, 2017b). Optou-se por utilizar o primeiro termo como padrão, tendo em vista que o setor é reconhecido no município de intervenção como Atenção Básica.

⁴ No presente estudo, o termo “institucionalizar” será mencionado em diversos momentos, e, para um melhor entendimento, optou-se por conceituá-lo. Segundo o Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa (MICHAELIS, s/d), o termo é entendido como o ato de oficializar (-se); legalizar, legitimar, sancionar, regularizar, ou reconhecer algo. É dar caráter de instituição.

De acordo com as diretrizes constantes na política nacional, é de responsabilidade dos municípios: “a elaboração de normas técnicas para que a mesma seja inserida na RAS municipal; a definição de recursos financeiros e orçamentários, respeitando a composição tripartite de responsabilidades; a articulação intersetorial para a implementação no município; a qualificação dos profissionais do município para a realização de PICS; estabelecimento de instrumentos de gestão através da inclusão de propostas de inserção da PNPIC na RAS municipal, e a sua devida apresentação e aprovação no Conselho Municipal de Saúde (CMS); e a definição de indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação das PICS e seu impacto na saúde do município.” (BRASIL, 2020b, p. 08).

O apoio e as iniciativas dos gestores locais constituem pontos essenciais na institucionalização das PICS, e sua inserção na RAS. Entretanto, para que estes tenham condições de tomar decisões assertivas, é fundamental o planejamento das estratégias e ações de forma organizada e delineada, considerando as especificidades locais e o perfil do território.

No município de Mendes, são observados pontos de oferta de PICS na RAS, porém, sem o apoio da gestão no seu desempenho, sendo exercidas basicamente por iniciativas de seus profissionais de saúde, não havendo movimentos para a organização do processo de trabalho e planejamento das ações.

Até 2021 as PICS ainda não constavam nos instrumentos de planejamento do SUS, sendo um obstáculo a possíveis investimentos na área. E, excedendo os limites da governabilidade local, não há previsão de incentivos financeiros específicos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), capaz de estimular o investimento dessas práticas.

Em contrapartida, ainda em 2021, foi instituído o mais recente Plano de Saúde (PS) municipal, e nele foram inseridas ações de implementação das PICS, inicialmente voltadas para AB. A iniciativa, apesar de fundamental, constitui apenas um passo inicial para a efetivação das práticas no rol de atividades previstas no escopo de serviços de saúde do município.

A implantação das PICS se justifica como uma forma de reforçar o princípio da integralidade, tendo em vista o seu potencial de ampliação do acesso, estímulo ao autocuidado e qualificação dos serviços de saúde no âmbito do SUS. E nesse entendimento, a Atenção

Básica tem grande importância no fortalecimento das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionadas às PICS no SUS municipal.

Uma outra justificativa está na resolutividade das PICS frente às demandas por condições crônicas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um importante problema de Saúde Pública, sendo resultado das mudanças no perfil epidemiológico global, consequência do envelhecimento populacional (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017). Em decorrência a este cenário, os índices de mortalidade prematura por doenças crônicas ganharam destaque entre as estatísticas vitais.

Um diagnóstico situacional da região Centro-Sul fluminense demonstrou indicadores de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT inferiores aos números do estado, sendo Mendes, que pertence à região, um dos municípios com os piores desempenhos (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Esta situação agravante requer organização e atuação integrada de toda a RAS, priorizando o cuidado longitudinal, integral e interdisciplinar, tendo em vista o caráter lento e progressivo de evolução dessas doenças, que possibilita intervenções relacionadas à prevenção de agravos e promoção da Saúde. Nesta perspectiva, as PICS constituem ferramentas terapêuticas estratégicas no cuidado de indivíduos com condições crônicas, principalmente se inserido no contexto da Atenção Básica (BRASIL, 2020e).

Os desafios da gestão pública em relação à institucionalização das PICS para além da ausência de recursos financeiros específicos, são a limitação de recursos humanos habilitados e capacitados para ofertar e/ou indicá-las como práticas de cuidado; os fatores culturais resistentes a outras racionalidades de cura/tratamento e; a escassez de produções científicas que venham a prover respaldo e segurança ao profissional e que sejam capazes de consolidar essas práticas ao modelo convencional biomédico (SANTOS; TESSER, 2012).

Diante dos desafios apresentados, esta dissertação de mestrado pretende se debruçar no cenário do município de Mendes, tendo como objeto de estudo o planejamento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Diante disso, torna-se relevante o entendimento da realidade da RAS municipal em relação a implementação das PICS, e a intervenção no processo de implantação dessas práticas, considerando as peculiaridades inerentes à localidade.

Espera-se que o trabalho venha a contribuir para a institucionalização das PICS no município, e, de certa forma servir como inspiração e motivação para as equipes de

planejamento e gestão em saúde local. Além disso, que possa estimular o desenvolvimento de outros estudos/pesquisas na área.

Cabe destacar que este estudo, por estar imerso no contexto de um mestrado profissional, optou-se por desenvolvê-lo em formato de Projeto de Intervenção (PI), que será detalhado mais adiante na metodologia. Destarte, uma das etapas fundamentais é a apresentação do problema, cuja intervenção se propõe a intervir, resolver ou amenizar.

Como problema mapeado neste cenário, observa-se que a implementação das PICS em Mendes ainda é incipiente, e ocorre de forma desestruturada e desorganizada. Demanda, a priori, o diagnóstico da rede de saúde, a identificação de colaboradores e a organização estrutural e financeira para que a gestão possa tomar suas decisões baseadas na realidade do município para que tenha condições de cumprir o objetivo e as metas previstas no Plano de Saúde local.

Tendo em vista o contexto descrito, foram estruturadas as seguintes perguntas norteadoras do trabalho:

1. As UBS estão preparadas para ofertar as PICS em termos de estrutura física, recursos humanos e financeiros?
2. Quais as PICS que estão sendo implementadas na Rede de Atenção à Saúde de Mendes? De que forma?
3. Quais as etapas necessárias para a implantação/implementação das PICS no município, capazes de direcionar a gestão neste processo?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Planejar a implantação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Mendes, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar um diagnóstico situacional em saúde, contendo as informações de saúde da população, o mapeamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase na Atenção Básica (AB) e de ofertas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no município de Mendes-RJ.
2. Construir uma matriz de programação das ações como plano de implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na rede assistencial de Mendes, com ênfase na Atenção Básica (AB);
3. Elaborar um modelo lógico de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PANORAMA NACIONAL DAS PICS

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde tem estimulado que práticas/saberes em saúde tradicionais ou diversos da biomedicina, chamadas Medicinas Tradicionais complementares e Integrativas (MTCI), sejam consideradas como recursos de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde (OMS, 1978). Em paralelo, com a Declaração de Alma Ata, em 1978, expandiu-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização de sistemas públicos universais de saúde, visando universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações (TESSER et al., 2018).

Baseada na integralidade e na atenção humanizada, as PICS possuem diversas origens geográficas e socioculturais, advindas de diversos países, “e são reflexos da busca por modelos de saúde centrado no cuidado integral. Este modelo vem a complementar saberes e práticas, fundamentado na prática biomédica” (BRASIL 2020a, p. 10).

Internacionalmente, as PICS têm se desenvolvido de forma heterogênea. Entre os países em desenvolvimento, especialmente na Ásia, África, América Latina e Oriente Médio, 70 a 95% utilizam alguma modalidade de PICS. Ocorre de forma semelhante em países desenvolvidos, como Canadá, França, Alemanha e Itália (BODEKER; KRONENBERG, 2002; OMS, 2013).

O crescimento dessas “medicinas alternativas” tem-se verificado tanto em países conhecidos como do Primeiro Mundo, como nos ditos do Terceiro Mundo – entre os quais se situam os países da América Latina – a partir, basicamente, da segunda metade dos anos 70, conhecendo um auge na década de 80 (LUZ, 2005, p. 146).

As Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) são amplamente utilizadas em todo o mundo. E têm sido muito usadas em países de renda alta (FAQUETI; TESSER, 2018). Segundo a OMS, estima-se que mais de 100 milhões de europeus e um número ainda maior de pessoas concentradas na África, Ásia, Austrália e Estados Unidos são usuárias das PICS (OMS, 2013).

Luz (2005) destaca, na América do Norte, práticas terapêuticas advindas do movimento “contraculturalista” nos anos 70, mais precisamente nos Estados Unidos, como a cristaloterapia, cromoterapia, florais, regressão a vidas passadas, dentre outras, utilizadas sobretudo pela classe média, mas com grande tendência à generalização por difusão, considerando-se o papel de formadores de opinião desses setores (LUZ, 2005).

O uso das PICS estimula o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de integração dos indivíduos com o seu próprio corpo, o meio ambiente e a sociedade. Além disso esta abordagem tem o potencial de promover uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente o autocuidado (WHO, 2013, p. 04).

São muitos os desafios enfrentados pelos Estados-membros da OMS em relação às práticas complementares. Segundo esta organização, 74% dessas nações citam a falta de dados de pesquisas como seu principal desafio, seguida da falta de apoio financeiro, ausência de mecanismos de monitorização e avaliação dos serviços, além da deficiência em educação permanente aos profissionais envolvidos (WHO, 2019).

No Brasil, os debates acerca da implementação das PICS no âmbito do SUS vem ocorrendo desde a década de 70, e ganhou força por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRASIL, 2006), com a deliberação em seu relatório final da introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito do SUS, de forma que o usuário tenha o direito de acesso à escolha da terapêutica (BRASIL, 2020a).

Segundo Luz (2005), os anos 80 foram fundamentais nas relações entre saber médico oficial, sociedade política e sociedade civil em alguns países do continente. Para a autora, o Brasil em especial, teve um papel de pioneirismo no reconhecimento das medicinas alternativas no continente americano.

Os movimentos organizados da sociedade civil e a demanda social para serviços públicos de saúde crescentes pressionaram as instituições médicas a abrirem espaço para a medicinas alternativas nos anos 80, fato este que culminou na inserção das MTCI no sistema de saúde público brasileiro na década de 80 (LUZ, 2005).

Embora, desde a década de 1980, haja registro de experiências no SUS com PICS, estas ganharam visibilidade e crescimento após a promulgação da Política Nacional de

Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio da Portaria GM/MS nº 9712 de 03 de maio de 2006, que oficializou no SUS cinco modalidades: Homeopatia, Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, Plantas Mediciniais/Fitoterapia e Crenoterapia (TESSER; SOUZA; NASCIMENTO, 2018).

A construção da PNPIC iniciou-se a partir do atendimento das diretrizes e recomendações de várias conferências nacionais de saúde e das recomendações da Organização Mundial da Saúde. Durante a construção desta Política, visando compreender as experiências exitosas já desenvolvidas em diversos municípios e estados, o grupo gestor responsável por sua formulação realizou um diagnóstico situacional das práticas realizadas no âmbito do SUS, com vistas a entender o modo de inserção das práticas, assim como a sua capacidade instalada e de recursos humanos, o perfil profissional, dentre outros (BRASIL, 2006).

O diagnóstico situacional foi desenvolvido no ano de 2004 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), por meio de um questionário, enviado a todos os gestores de saúde dos âmbitos estaduais e municipais. Dos 5560 enviados, foram devolvidos 1340, sendo identificada a existência de estruturação de algumas modalidades de PICS em 232 municípios, dentre eles, 19 capitais. Tal amostra foi considerada como relevante estatisticamente (BRASIL, 2006). Com a publicação da PNPIC em 2006, o DAB foi eleito o órgão responsável pela gestão nacional das PICS, desempenhando o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Posteriormente ao diagnóstico situacional e a elaboração da proposta de política ter passado por todos os trâmites necessários, em fevereiro de 2006 foi aprovado o documento final da PNPIC, publicada através das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Por meio destas, cinco modalidades de PICS foram instituídas na política e passaram a ser contempladas no rol de serviços do SUS: MTC/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Mediciniais e Fitoterapia, Termalismo/Crenoterapia e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006). O quadro a seguir descreve os objetivos e diretrizes da PNPIC.

Quadro 1 - Objetivos e Diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Objetivos e Diretrizes da PNPIC (2006)	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;• Contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;• Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;• Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

Diretrizes

- Incentivo à inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;
- Desenvolvimento da PNPIC em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
- Implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;
- Estabelecimento de mecanismos de financiamento;
- Elaboração de normas técnicas e operacionais para a implantação e o desenvolvimento dessas abordagens no SUS;
- Articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde;
- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PICS que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação da PICS, respeitando as especificidades regionais e culturais do País, direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral;
- Inclusão da PNPIC na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre PNPIC em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip-hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;
- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em PICS;
- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos;
- Promoção do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS;
- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e

	<p>segurança no uso;</p> <ul style="list-style-type: none">• Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações. Incentivo à pesquisa em PICS com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PICS nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;• Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde a PNPIC esteja integrada ao serviço público de saúde.
--	--

Fonte: Elaboração própria, baseado na PNPIC (BRASIL, 2006).

Em 2009, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi realizado o 1º Seminário Internacional Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC, onde foi construído um relatório (COSTA, 2017). Este contemplou os avanços nos quatro anos de aprovação da PNPIC e elencou os desafios para a consolidação das diretrizes desta política, com vistas a otimizar tempo e recursos nas suas ações (BRASIL, 2011a).

No Relatório de Gestão 2006/2010 de Práticas Integrativas e Complementares, realizado pelo Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde, foi apresentado um diagnóstico sobre a institucionalização das PICS no SUS, os quais foram subdivididos em cinco eixos distintos: MTC/Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2011b). Dentre as recomendações contidas neste Relatório, estão:

Institucionalizar a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Ministério da Saúde; incluir ações e recursos específicos voltadas a ensino, serviço e pesquisa das Práticas Integrativas e Complementares, no Plano Plurianual (PPA 2012-2016) e Lei Orçamentária Anual (LOA); definição, no âmbito do MS, de incentivo para estados e municípios no sentido de estimular a inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS; estruturar e fortalecer a atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, dentro da lógica de apoio institucional, participação e corresponsabilização com as ESF, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde; definir estratégias e diretrizes para capacitação de profissionais de saúde em Práticas Integrativas e Complementares no SUS; definir instrumento de Monitoramento e Avaliação dos programas municipais/estaduais de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; instituir no Brasil, em parceria com a OPAS/OMS, um Centro Colaborador em Medicina Tradicional e Complementar e Alternativa; apoiar elaboração de Projeto de Lei para criação de Marco Legal para as PICS no Brasil. (BRASIL, 2011b, p. 41)

Em 2017, por meio da Portaria Ministerial N° 849 de 27 de março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 novas PICS, sendo elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Ainda no mesmo ano, foram publicadas as Portarias N°633 de 28 de março de 2017, que atualiza o serviço especializado (código 134) de PICS na tabela do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e a de N°145 de 11 de janeiro de 2017, que altera alguns procedimentos de PICS na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) para atendimento na Atenção Básica (BRASIL, 2006; 2017a).

No ano seguinte, com a publicação da Portaria N° 702, de 21 de março de 2018, foram incluídas novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. foram acrescentadas 10 modalidades, sendo elas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de

mãos, ozonioterapia e terapia de florais, totalizando 29 PICS previstas na PNPIC para oferta no SUS (BRASIL, 2018).

Para Barbosa *et al.* (2020), existe uma hegemonia na concentração de oferta das PICS na região sudeste, seguido pelo Nordeste. Segundo o estudo, isso pode ser reflexo de um contexto socioeconômico onde há maior concentração de renda, serviços e investimento. E quando se fala em investimentos em saúde, este mesmo estudo demonstra que nessas regiões existe uma maior probabilidade de oferta das PICS.

A pesquisa revela ainda que metade dos municípios que ofertam alguma modalidade de PICS possuem entre 81% e 100% de cobertura de ESF, a maioria municípios com até 20 mil habitantes. Os autores supõem que este fato está diretamente ligado ao nível de investimento em saúde e concluem que, quanto maior o investimento na AB, maior a possibilidade de inserção das PICS (BARBOSA *et al.*, 2020). O Quadro 2 descreve, de acordo com a cronologia de publicação das legislações específicas às PICS, as 29 modalidades introduzidas no rol de serviços fornecidos pelo SUS.

Quadro 2 - Modalidades de PICS e a trajetória de regulamentação na PNPIC

AS MODALIDADES DE PICS SEGUNDO A TRAJETÓRIA DE REGULAMENTAÇÃO NA PNPIC		
Legislação	Modalidade	Descrição
Portaria Nº	Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	A MTC é um sistema médico integral milenar, que utiliza linguagens simbólicas das leis da natureza, de abordagem dinâmica e integral do indivíduo, como o objetivo de estabelecer harmonia e a integralidade. A Acupuntura, fundamentada na MTC, compreende um conjunto de procedimentos permitem o estímulo preciso anatômicos por meio da inserção de agulhas, e pode ser aplicada de forma isolada ou em conjunto com outros recursos terapêuticos. Constituem também como MTC: as práticas corporais (chi gong, tuina, lian gong, tai-chi-chuan e tuina); as práticas mentais (meditação); a orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (Fitoterapia Tradicional Chinesa).
	Homeopatia	Sistema médico vitalista, complexo, baseado no uso da lei dos semelhantes, de Hipócrates. Para a doutrina, “a força ou energia vital homeopática é a unidade organizadora do homem e de todos os seres vivos” (LUZ; BARROS, 2012, p.79).

AS MODALIDADES DE PICS SEGUNDO A TRAJETÓRIA DE REGULAMENTAÇÃO NA PNPIC		
Legislação	Modalidade	Descrição
971/2006	Plantas Medicinais e Fitoterapia	Tratamento que tem por base os produtos de origem vegetal detentores de propriedades medicinais. De origem muito antiga, está relacionada e fundamentada nos conhecimentos ancestrais, reunidos por sucessivas gerações.
	Termalismo Social/Crenoterapia	Consiste no uso de águas minerais sob diversas maneiras com finalidade terapêutica. É um dos tratamentos mais antigos que se tem conhecimento, sendo descrito pelo Império Grego (450 a.C).
	Medicina Antroposófica	É apresentada sob uma ótica médico-terapêutica complementar e vitalista, organizada sob uma abordagem transdisciplinar e integral. Utiliza, além dos recursos específicos da Medicina Antroposófica, a fitoterapia e a homeopatia. Por ter pouca representatividade no SUS, apesar das avaliações positivas de algumas experiências municipais, como São João Del Rei (MG) e Monte Azul (SP), a PNPIC propôs a implementação, no âmbito dessas experiências, de Observatórios de Saúde em Medicina Antroposófica, no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº1.600/2006.
Portaria Nº 849/ 2017	Arteterapia	Prática milenar de expressão artística e terapêutica, que visa, através de sua simbologia, a saúde física e mental.
	Ayurveda	Abordagem milenar de origem indiana, utiliza recursos naturais para manter a saúde física, mental e espiritual, considerando a singularidade de cada ser. Utiliza técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais, técnicas respiratórias, entre outras.
	Biodança	Promove vivências através da música e do canto, assim como de atividades em grupo, integrando exercícios e movimentos.
	Dança Circular	Prática corporal ancestral que utiliza como elemento principal a dança de roda, o canto e o ritmo para promover harmonia, integração e bem-estar físico e mental.
	Meditação	Prática milenar tradicional, que tem por objetivo o desenvolvimento de habilidades cognitivas, como foco, capacidade de concentração, e integração corpo-mente.
	Musicoterapia	Prática individual ou coletiva, que utiliza a música e seus elementos como forma de expressão.
	Naturopatia	Prática detentora de uma visão ampliada do processo saúde-doença e utiliza diversas técnicas e métodos naturais.

AS MODALIDADES DE PICS SEGUNDO A TRAJETÓRIA DE REGULAMENTAÇÃO NA PNPIC		
Legislação	Modalidade	Descrição
	Osteopatia	Utiliza técnicas de manipulação do sistema músculo esquelético para auxiliar no tratamento de doenças.
	Quiropraxia	Técnica de manipulação manual de articulações para corrigir alterações posturais, alívio da dor, dentre outras condições.
	Reflexoterapia	Prática que estimula pontos reflexos do corpo em regiões como mãos, pés e pavilhão auricular, visando o equilíbrio do corpo e mente.
	Reiki	Prática que utiliza a imposição de mãos para a canalização de energia vital com o objetivo de equilibrar o funcionamento do organismo.
	Shantala	Técnica de massagens voltada para bebês e crianças, realizadas pelos pais, e que estimula o vínculo, além de trazer outros benefícios, dentre os quais, melhora da circulação, desenvolvimento motor e equilíbrio físico e mental.
	Terapia Comunitária Integrativa	Técnica brasileira coletiva, que envolve o saber e a experiência individual com o objetivo de construir uma rede de apoio, utilizado enquanto instrumento de promoção e recuperação da saúde.
	Yoga	Prática oriental associada à meditação, que utiliza técnicas capazes de trabalhar aspectos físicos, mentais e espirituais, e que possui diversos benefícios, dentre os quais o alívio do estresse, equilíbrio do sono e aumento da capacidade de concentração.
Portaria Nº 702/ 2018	Apiterapia	Prática terapêutica que utiliza os produtos derivados de abelhas, como o mel, própolis e pólen, para a promoção da saúde.
	Aromaterapia	Prática que utiliza as propriedades dos óleos essenciais extraídos dos vegetais para recuperar e manter o equilíbrio físico e mental do ser humano.
	Bioenergética	Prática que adota técnicas de psicoterapia corporal, exercícios e respiração para trabalhar as emoções.
	Constelação Familiar	Psicoterapia de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica que busca a origem dos problemas e conflitos individuais nas relações familiares.
	Cromoterapia	Técnica que utiliza as cores do espectro solar (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta) a fim de restaurar/manter o equilíbrio do corpo.
	Geoterapia	Técnica que utiliza os elementos argila, lamas medicinais, barro e cristais para restabelecer o equilíbrio físico, mental e energético.

AS MODALIDADES DE PICS SEGUNDO A TRAJETÓRIA DE REGULAMENTAÇÃO NA PNPIC		
Legislação	Modalidade	Descrição
	Hipnoterapia	Conjunto de técnicas de relaxamento, concentração e foco utilizados para alcançar um estado de consciência capaz de modificar padrões de comportamentos indesejados, como fobias, estresse e depressão.
	Imposição de Mãos	Técnica que utiliza as mãos para transferência de energia vital (Qi, prana) para restabelecer o equilíbrio energético.
	Ozonioterapia	Técnica que utiliza a aplicação de gases ozônio e oxigênio com finalidade terapêutica, através do aumento da capacidade funcional do corpo.
	Terapia de florais	Prática que utiliza a essência das flores para restabelecer o equilíbrio físico e mental. Seu precursor foi o inglês Edward Bach (1886-1936), porém existem diversos tipos de florais, dentre os quais destacam-se: Saint Germain, de Minas, australianos e californianos.

Fonte: Elaboração própria, baseada em Brasil (2016; 2017a; 2018) e Luz; Barros (2012).

Sobre a implementação da PNPIC no âmbito municipal, estudos relatam que, mesmo após mais de uma década de sua publicação, essa política ainda não está institucionalizada na maioria dos municípios brasileiros, havendo lacunas incapazes de definir o espaço das PICS na RAS (SOUSA; TESSER, 2017; RUELA *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2020). Dentre as consequências para a não institucionalização das PICS estão a fragilidade e a instabilidade da oferta, além da dificuldade de realizar o adequado monitoramento e avaliação dessas práticas (BARBOSA *et al.*, 2020).

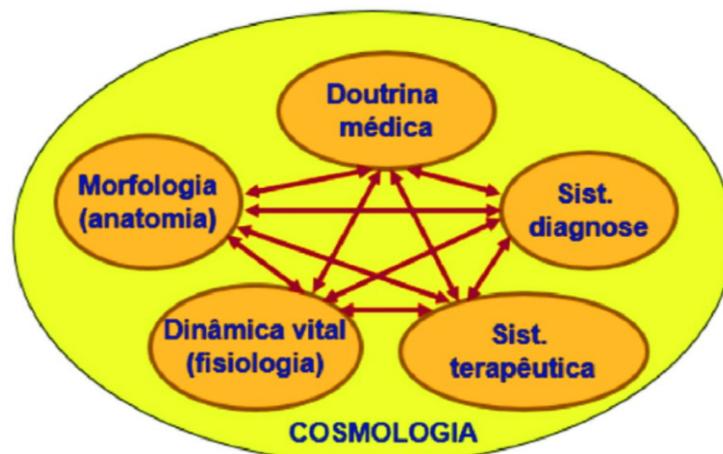
As principais dificuldades para a expansão das PICS constituem a pouca destinação de recursos para a implementação, número insuficiente de pesquisas avaliadoras da efetividade terapêutica das práticas, a falta de conhecimento dos profissionais e usuários a respeito das práticas, e ao baixo investimento em formação (CONTATORE *et al.*, 2015). Nessa perspectiva de implantação e implementação da PNPIC, torna-se fundamental discutir o planejamento em saúde enquanto ponto fundamental para a construção, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas governamentais.

3.2 RACIONALIDADES MÉDICAS EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PNPIC

O termo Racionalidade Médica (RM) tem sua origem em um estudo teórico sócio histórico comparativo de quatro sistemas médicos complexos, realizado nos anos de 1990. A categoria, constituída sob um tipo ideal weberiano⁵, identificou a presença de traços ou dimensões fundamentais dos sistemas médicos objeto de estudo (NASCIMENTO *et al.*, 2013), sendo conceituado, a partir de então, como “todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, uma doutrina médica, um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico” (LUZ, 2012, p. 19).

Posteriormente, foi constatada uma sexta dimensão, a cosmologia, permeando teórica e simbolicamente as outras cinco, passando a constituir condição necessária e suficiente para ser considerada uma RM (NASCIMENTO *et al.*, 2013). A Figura 1 ilustra as 6 dimensões fundamentais.

Figura 1 - As dimensões fundamentais dos sistemas médicos



Fonte: Tesser; Luz (2018)

⁵ “O tipo ideal Weberiano é um artifício que reúne, retrospectivamente, uma variedade de considerações históricas, de modo a esclarecer a “essência” do objeto histórico estudado, por exemplo o calvinismo, o capitalismo, o ascetismo mundial. E o tipo ideal que coloca fenômenos díspares num modelo que tem um significado, a partir do qual o historiador pode explicá-los.” (RABINOW; DREYFUS, 1995 *apud* LUZ; BARROS, 2012, p. 17)

Nos anos 90, foram identificados quatro sistemas médicos complexos: a medicina ocidental contemporânea, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica (Quadro 3). Foi iniciado um estudo comparativo das mesmas em relação às dimensões: morfologia humana, dinâmica vital; doutrina médica, sistema diagnóstico e sistema terapêutico, sendo incluído, posteriormente, a cosmologia (LUZ, 2012).

Quadro 3 - Resumo comparativo das Racionalidades Médicas

Racionalidades médicas	Cosmologia	Morfologia	Dinâmica vital ("Fisiologia")	Sistema diagnóstico	Sistema terapêutico
Medicina Ocidental Contemporânea	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Homeopática	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Tradicional Chinesa	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Ayurvédica	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção

Fonte: Nascimento *et al.* (2013).

Para ser considerada uma RM, o sistema, condicionalmente, deve cumprir cinco dimensões fundamentais (morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica). Dessa forma, por considerar apenas os sistemas médicos complexos, foram excluídas as chamadas terapias alternativas (LUZ; BARROS, 2012).

As terapias alternativas ou práticas terapêuticas, embora tenham em comum elementos de uma dimensão de uma racionalidade médica específica, são empregadas de forma isolada, em uma lógica empírica de eficácia do tipo biomédica, havendo distanciamento dos sistemas condizentes com as RM. Por iniciativa do Ministério da Saúde, foi adotada a terminologia Práticas Integrativas e Complementares (PICS), que incluem tanto as racionalidades médicas vitalistas quanto as práticas terapêuticas (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

Em termos históricos, a institucionalização das PICS se deu, inicialmente, a partir de um convênio selado, em 1985, entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB), com o estabelecimento da assistência médica de homeopatia, acupuntura e fitoterapia (LUZ, 2005).

A trajetória de legitimação das PICS na saúde brasileira, foi instigada principalmente pela acupuntura, no início da década de 1980. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, sua estratégia de divulgação por meio da mídia impressa surtiu efeito, e repercutiu com o projeto piloto no Hospital Municipal Paulino Werneck. Em 1984, a acupuntura passou a fazer parte do escopo de atividades de quatro hospitais municipais, para atendimento nas clínicas de dor. Em 1987, foi criado o Serviço de Medicina Alternativa, subordinado à Secretaria Municipal de Saúde, que passou a ofertar as práticas de acupuntura, homeopatia e fitoterapia (NASCIMENTO, 1998; 2006).

A repercussão relativa à legitimação de diferentes racionalidades gerou o debate político e institucional que se desdobrou na formulação da PNPIC, pela interface estabelecida entre integrantes do grupo e atores estratégicos no âmbito do Ministério da Saúde (SILVA *et al.*, 2020).

O processo de construção da política nacional foi iniciado com a instituição, pelo então ministro da saúde, de um grupo de trabalho, que, além da participação de representantes de diversos órgãos governamentais, contou com a presença das associações nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, sendo, posteriormente, dividido em subgrupos, de acordo com cada RM representada (BRASIL, 2006).

Considerada integrante às ciências sociais e de saúde, os estudos de RM contribuíram para o campo da Saúde Coletiva no sentido de ampliar o volume de pesquisas sociais na área e estabelecer diferenças entre sistemas médicos e práticas terapêuticas. Além disso, no que diz respeito às políticas de cuidado em saúde, possibilitou a legitimação institucional de intervenções diagnósticas e terapêuticas pertencentes a sistemas médicos não hegemônicos (LUZ; BARROS, 2012), constituindo um importante aliado na trajetória de institucionalização das PICS no âmbito do SUS (LUZ, 2012).

3.3 A ATENÇÃO BÁSICA ENQUANTO NÍVEL DE ATENÇÃO ESTRATÉGICO PARA OFERTA DAS PICS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

A Atenção Básica (AB) constitui um sistema de ações de saúde individuais, familiares e coletivos que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, sendo considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, e tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a sua estratégia prioritária de consolidação da AB (BRASIL, 2017b). De acordo com a definição de Starfield (2002), a AB constitui o primeiro contato do usuário na rede de assistência à saúde, sendo considerados como seus principais atributos, além do acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado.

As experiências de organização da sua oferta no sistema de saúde brasileiro convergiram para o modelo de Saúde da Família, instituído de maneira progressiva a partir dos anos 1990, e entendida como estratégia prioritária de expansão e consolidação da AB no país (PORTELA, 2017).

A AB é constituída por diferentes tipos de equipes, sendo as principais, relacionadas às atividades essenciais à saúde, a equipe de Saúde da Família (eSF) e a equipe de Atenção Básica (eAB), são compostas minimamente por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo ser complementado pela equipe de Saúde Bucal (eSB) e Agente de Combate a Endemias (ACE). A eAB deve, preferencialmente ser transitória, e migrar, posteriormente, para a eSF, modelo prioritário de atenção à saúde.

Exercendo de forma complementar o compartilhamento das responsabilidades sobre o território de abrangência e seus usuários junto às eSF e eAB, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) é formado por uma equipe de caráter multiprofissional e interdisciplinar no âmbito da AB, atuando de maneira integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) no suporte clínico, sanitário e pedagógico. Não são dotados de unidades físicas independentes ou especiais, e a sua assistência deve ser regulada, não sendo de acesso em livre demanda (BRASIL, 2017b). São considerados como retaguarda terapêutica especializada, e contribuem para a resolutividade da AB (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A Atenção Básica, enquanto gestora do cuidado, cumpre papel estratégico na rede de atenção, sendo a base do seu ordenamento. Disso depende a sua resolutividade e o poder de articulação com os outros pontos da RAS. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), redefinida em 2017, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 entende a Rede de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. A portaria recomenda que seja articulada a implementação de ações capazes de elevar a capacidade clínica das equipes, e fortalecer as práticas de regulação local das UBS, com prioridade na gestão de filas internas e dos procedimentos descentralizados/programados para cada uma, com efetiva comunicação com a regulação e a atenção especializada, que pode ser feito a partir do estabelecimento de fluxos e protocolos de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2017b).

Para o estabelecimento efetivo de conexões entre os pontos de atenção à saúde se faz necessário o conhecimento da oferta e a disponibilidade dos serviços aos profissionais da RAS, de modo que eles saibam as possibilidades de referenciamento. Isso implica na constituição da sua rede de referência e de fluxos claros e bem elaborados e, especialmente, os recursos de retaguarda terapêutica existentes (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A PNAB descreve que as ações e serviços da Atenção Básica, devem estar dispostas de duas formas: por padrões essenciais e ampliados (estratégicos). O primeiro é constituído das ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e o segundo considera as ações e procedimentos estratégicos de alcance dos padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica. No planejamento dessas ações ampliadas devem ser consideradas as especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2017b). As PICS são entendidas na AB, como ações ampliadas ou estratégicas de garantia do acesso à saúde e sua resolutividade.

Há uma concordância entre diversos autores sobre a identificação da AB enquanto maior reduto de oferta de PICS no Brasil, apesar de também poder estar presente na atenção especializada (MATOS *et al.*, 2018). Constituída como principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), identifica na Estratégia Saúde da Família (ESF) o maior potencial na expansão dessas práticas, mas para que isso ocorra, depende de iniciativas de gestores municipais, e provavelmente de indução federal para ser acelerada (TESSER; SOUSA, 2012).

Mesmo com a APS enfatizada na PNPIC como local de inserção prioritário das PICS no SUS e com a recente ampliação do escopo de práticas reconhecidas pelo Ministério da Saúde, as recomendações em portarias não são suficientes para o desenvolvimento e fortalecimento da Política no território (BARBOSA et al., 2020, p. 10).

A AB tem seus cuidados centrados nas pessoas, famílias e comunidades, por meio do trabalho contínuo, longitudinal e de promoção e prevenção à saúde. Por isso, torna-se o nível de atenção à inserção das PICS (WHO, 2019). De acordo com Lima *et al.* (2013), as PICS podem ser recursos úteis na promoção da saúde, sobretudo, porque estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, em que se destaca a perspectiva holística e o empoderamento individual, com impactos na vida cotidiana dos sujeitos. A incorporação das PICS na AB contribui para a longitudinalidade do cuidado e na humanização da atenção à saúde, a partir do resgate da autonomia dos indivíduos, e incentivo ao protagonismo de seus cuidados (BRAGA, 2019).

Atuante nos campos da promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC foi construída considerando a sua interface com a AB, e são consideradas potencializadoras de suas diretrizes. (BRAGA, 2019). Para a OMS, constituem um componente diferencial para os cuidados primários, especialmente ao se considerar o envelhecimento populacional e as transições epidemiológicas significativas, relacionadas às doenças crônicas suas altas taxas de morbidade (WHO, 2019).

Segundo informações do governo federal acerca do cenário de ofertas de Práticas integrativas no Brasil, no ano de 2018, indicam que as PICS foram ofertadas em 16.007 serviços de saúde no âmbito do SUS, sendo a Atenção Básica o principal local de inserção dessas práticas, com 90% dos locais de oferta (14.508 serviços de saúde), distribuídos em 4159 municípios, e em todas as capitais. Já o relatório parcial de 2019 indica a presença das PICS em 17.335 serviços de saúde da rede pública, sendo 15.603 na Atenção Básica, distribuídos em um total de 4.296 municípios brasileiros, e também em todas as capitais (BRASIL, 2020f).

Destaca-se a importância da AB para o fortalecimento das PICS, ao ser entendido que a implementação das PICS no SUS potencializa a ampliação de acesso e qualificação dos serviços (BRAGA, 2019). As PICS têm o potencial de serem inseridas nos diversos pontos das Rede de Atenção à Saúde, dentre os quais, a AB, especialmente a ESF, constituem os que

mais favorecem a sua expansão e consolidação. Um estudo de Sousa e Tesser (2017) identificou e sistematizou os formatos de inserção dessas práticas no SUS em quatro tipos, que podem ser organizados isoladamente ou em conjunto, descritos no Quadro 4.

Quadro 4 - Formatos de Inserção das PICS no SUS

Híbrido (profissionais da AB)	As PICS são ofertadas pelos mesmos profissionais responsáveis pelas ações de saúde dos usuários cadastrados no território, sendo inseridas cumulativamente em sua rotina de trabalho. Sua inserção independe de esforços ou conhecimento da gestão, mas de iniciativas dos próprios profissionais da unidade que venham a ter formação/ <i>expertise</i> em PICS. Em relação ao processo de trabalho, sua operacionalização pode se dar de três principais formas: como parte do atendimento de rotina, em horário reservado na agenda dos profissionais ou uma mistura de ambos.
Profissionais exclusivos	Neste caso, as PICS são ofertadas na AB por profissionais destinados exclusivamente a esta finalidade. O acesso pode ocorrer via demanda espontânea ou por referenciamento (encaminhamento) da RAS.
Equipe de apoio matricial	As PICS são ofertadas na AB por equipes de apoio à AB ou Nasf-AB, com a inclusão de um profissional habilitado em PICS. O acesso ocorre tanto por referenciamento da eSF como por demanda direta, nas atividades coletivas.
Atenção Especializada	As PICS são ofertadas, neste caso, por profissionais qualificados em PICS em ambulatórios especializados e, hospitalares. O acesso, de maneira geral, é feito via referenciamento de profissionais da RAS, ou por demanda espontânea conforme as regras locais.

Fonte: Elaboração própria, com base em Sousa e Tesser (2017).

Inserir as PICS no escopo de atividades da AB via ESF nos três primeiros casos depende de iniciativas dos gestores municipais e de financiamento indutor, tendo em vista a necessidade ora de contratação de profissionais exclusivos para exercício das práticas, ora de investimentos em educação permanente e continuada. Como estratégias, podem ser considerados a utilização das expertises dos profissionais qualificados em PICS e que atuam na RAS, assim como a oferta de formação e especialização em serviço, de modo a contribuir no aprofundamento dos conhecimentos na área adquiridos em cursos introdutórios (SOUSA; TESSER, 2017).

De acordo com Losso e Freitas (2017), para que seja expandido o processo de implantação das PICS na AB, a gestão federal deve assumir de fato a PNPIC como uma política de Estado, garantindo recursos financeiros para sua atuação no SUS e permitindo que o esforço das equipes que ofertam PICS transformem-se em experiências mais exitosas, não permanecendo apenas uma política focal e isolada.

Não houve, com a PNPIC, apesar de ampliada em 2018 para 29 modalidades, financiamento federal indutor para as PICS, sendo uma das poucas políticas públicas

nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo, para além do que havia antes de 2006 (TESSER *et al.*, 2018).

No âmbito municipal, estudos relatam que, mesmo após mais de uma década de sua publicação, essa política ainda não está institucionalizada na maioria dos municípios brasileiros, havendo lacunas incapazes de definir o espaço das PICS na RAS (SOUSA; TESSER, 2017; RUELA *et al.*, 2019; BARBOSA *et al.*, 2020). Dentre as consequências para a não institucionalização das PICS estão a fragilidade e a instabilidade da oferta, além da dificuldade de realizar o adequado monitoramento e avaliação dessas práticas (BARBOSA *et al.*, 2020).

As principais dificuldades para a expansão das PICS constituem a pouca destinação de recursos para a implementação, número insuficiente de pesquisas avaliadoras da efetividade terapêutica das práticas, a falta de conhecimento dos profissionais e usuários a respeito das práticas, e ao baixo investimento em formação (CONTATORE *et al.*, 2015).

Em uma perspectiva de implantação e implementação da PNPIC, diante dos diversos entraves relacionados à sua consolidação enquanto política institucionalizada no SUS, é fundamental discutir o planejamento em saúde enquanto ponto alavancador na construção, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas governamentais.

3.4 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento pode ser entendido como um processo de racionalização das ações humanas através da definição de proposições e construção de viabilidade, com o objetivo de solucionar problemas e atender as necessidades individuais e coletivas. “Planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade.” (TEIXEIRA, 2010, p. 17). Diz respeito às implicações futuras de decisões presentes, e não às decisões futuras (DRUCKER, 2002).

Tem por objetivo reduzir incertezas, podendo-se afirmar que “planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação.” (PAIM, 2006, p. 2). É determinar as prioridades e garantir os recursos necessários aos objetivos estabelecidos de forma participativa e ascendente (do nível local até o federal), para que de fato oriente os

processos de gestão e garanta a implementação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2020c). O processo de planejamento incorpora a ideia de definição de objetivos e a formulação de estratégias, onde são analisadas a realidade, e identificadas oportunidades e ameaças sobre o objetivo ao qual almeja-se (OLIVEIRA, 2007).

O Planejamento do setor saúde surgiu, na América Latina, na década de 1960, influenciada pela teoria desenvolvimentista da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), sendo entendido como elemento de racionalização da política substitutiva do Estado. Nesse contexto, de acordo com Rivera (2009), o planejamento em saúde teve seu desenvolvimento metodológico protagonizado pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES), órgão venezuelano e com o apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

O método CENDES/OPAS, instituído na década de 1960, foi o primeiro instrumento de planejamento e programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano. O método, também conhecido como planejamento normativo, baseava-se em cálculos de natureza econômica e tinha como objetivo estimular a relação custo-benefício. Fundamentado sob os preceitos da eficiência na utilização dos recursos públicos, foi considerado referência para o planejamento da AB durante quase uma década na América Latina (LACERDA; BOTELHO, COLUSSI, 2016).

Em um contexto de redemocratização do Estado e de reforma sanitária, passaram a ser discutidas as tendências que o planejamento em saúde deveria seguir, ocorrendo uma transição de um modelo normativo, baseado em questões técnicas e econômicas, para modelos que incorporassem a emergente necessidade de transformação social (CHORNY, KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008). E, em meio às críticas ao planejamento normativo, entre outras causas, no final da década de 1970 e início da década de 1980 uma outra forma de pensar o planejamento em saúde surgiu, apresentando uma nova concepção, voltada ao planejamento estratégico e focada nos problemas (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

A nova concepção de planejamento tem como novidade a redefinição do papel do planejador. Enquanto que no método normativo o planejador é considerado um agente externo ao sistema, e o único responsável pelas decisões proferidas. Em contrapartida, o métodoestratégico encara o planejador como um ator social, parte de um jogo onde outros atores participam, de acordo com seus interesses e necessidades. Como consequência,

percebe-se a existência de mais de um diagnóstico, para diferentes problemas e suas respectivas causas (MATUS, 1993).

São três as principais vertentes do planejamento estratégico: Enfoque Estratégico da Programação em Saúde: formulação feita pela Escola de Saúde Pública de Medellín, 1975; Pensamento Estratégico: elaborada por Mario Testa, sanitarista argentino, 1981; Planejamento Estratégico Situacional: elaborada por Carlos Matus, economista chileno, 1982 (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

O enfoque estratégico da programação em saúde, sustentado pelo documento *Formulación de Políticas de Salud* (1975), exprimiu um novo modelo de planejamento do setor saúde (LANA; GOMES, 1996). A escola de Medellín traz a discussão para o planejamento na atenção básica do conceito de necessidades sociais com base nas condições de vida e admite a historicidade, a complexidade, a fragmentação, a incerteza e o conflito como características inerentes ao processo social (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

O Pensamento estratégico protagonizado por Mario Testa atribui a carência de mudança no âmbito político, e entende o planejamento enquanto instrumento de auxílio na concretização de uma única imagem-objetivo possível, de acúmulo e desacúmulo tem uma visão de planejamento como instrumento capaz de auxiliar no cumprimento de uma única imagem-objetivo possível, a da acumulação e a perda de poder. Admite-se, nesta teoria 3 formas de poder: o administrativo - recursos humanos, materiais e econômicos; o técnico - conhecimento; e político - forças sociais (LANA; GOMES, 1996).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus, usualmente aplicado ao setor público, é orientado por problemas em suas diversas dimensões (política, econômica, social, dentre outras), principalmente os complexos e mal estruturados, ao contrário do planejamento normativo. Estes articulam-se com a saúde por meio de seu conceito amplo, como renda, educação, saneamento básico, transporte, entre outros. Sua metodologia foi pensada para desconstruir a ideia de rigidez das “etapas”, tradicionais nas teorias de planejamento. Para isso, foi dividida em “momentos”. Estes possuem ferramentas metodológicas específicas e são dinâmicos entre si, sendo possível retomá-los quando necessário (ARTMANN, 2000). Os momentos são denominados: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (MATUS, 1993).

O momento explicativo é a etapa na qual é realizada a seleção e análise dos problemas identificados pelos atores sociais e elaborado o diagnóstico situacional (MATUS, 2007). Em seguida, são pontuadas as suas causas e os nós críticos, sobre os quais serão desenvolvidas as propostas de ação. Estes devem ser avaliados quanto a sua governabilidade, para que seja possível a atuação da gestão e suas devidas intervenções (TANAKA; TAMAKI, 2012). Para cenários complexos, é necessário utilizar meios que sejam devidamente adequados e factíveis para as características e necessidades da situação diagnosticada (MORATO; SILVA, 2016).

Uma ferramenta capaz de auxiliar a identificação dos cenários de saúde e os principais problemas atrelados à concretização dos objetivos do plano, e subsidiar a definição das estratégias a serem tomadas é a matriz SWOT. O termo é um acrônimo das palavras *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças) (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003). Traduzida para o português, é também conhecida como FOFA.

Sua análise possibilita a definição de estratégias para usufruir das forças e oportunidades ao seu favor, ao mesmo tempo que torna factível o desenvolvimento de estratégias que suprimam ou venham a amenizar fraquezas e enfrentar ameaças (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017). O Quadro 5 demonstra a estrutura da matriz SWOT/FOFA.

Quadro 5 - Estrutura de análise da Matriz SWOT/FOFA.

Fatores Internos	Forças (Strengths)	Fraquezas (Weakness)
Fatores Externos	Ameaças (Threats)	Oportunidades (Opportunities)

Fonte: Elaboração própria

A matriz SWOT/FOFA pode ser utilizada na elaboração do plano. Sua construção geralmente se dá a partir da realização de oficinas de trabalho, sendo encorajada a participação dos atores envolvidos na concretização dos objetivos propostos, com vistas a conceder ampla representatividade das diferentes realidades envolvidas (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017). Em relação a instrumentos, além daqueles já largamente utilizados para

a realização de diagnóstico situacional, a Matriz SWOT permite um diagnóstico estratégico mais sistematizado, frente ao grande volume de informações existentes (FELICIELO, 2021).

O Momento Normativo refere-se ao delineamento do conjunto de ações necessárias e suficientes para suprimir os nós críticos evidenciados. É elaborada uma planilha ou um plano operacional, assumidos como a base da definição das atividades propostas (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

Cabe frisar que desenhar é somente uma parte do planejamento, já que nem sempre é possível cumprir as determinações iniciais, sendo as normas constantemente readequadas, de acordo com a evolução do plano (MATUS, 2006). Nesse momento a preocupação básica é o que fazer, diante de tais problemas identificados (PAIM, 2006).

O desenho da intervenção e a pontuação das estratégias incluem a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade do Plano. O primeiro passo do desenho da intervenção está na definição do conjunto de ações e atividades que a serem desenvolvidas para o alcance das ações propostas no momento anterior. Em seguida, devem ser definidas as atividades que devem ser realizadas, incluindo os respectivos responsáveis, prazos, recursos necessários (TEIXEIRA *et al.*, 2010).

O Momento Estratégico está atrelado ao levantamento da viabilidade e factibilidade de cada uma das ações contidas no plano e em suas diferentes dimensões. Esta análise demanda a identificação detalhada dos atores sociais envolvidos no plano. Deve-se então verificar o real interesse (motivação) e valor do projeto pelos atores (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016) e identificar ao grau de controle (governabilidade) dos atores em relação aos recursos necessários à realização do plano, tanto pelos atores que apoiam quanto para o grupo que o rejeita (ARTMANN, 2000).

O Momento Tático-operacional é decisivo no PES. Tendo em vista a concepção do planejamento como sendo aquele que precede e preside a ação, o alcance do resultado almejado se dará pela capacidade do plano alterar, encaminhar e orientar as ações estabelecidas (AZEVEDO, 1992). Corresponde à programação de curto, médio e longo prazo, incluindo a tomada de decisão, o controle e a avaliação (SANTANA; TAHARA, 2008). A implementação do plano de ação está relacionada ao processo de monitoramento e à avaliação (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017).

O monitoramento consiste no acompanhamento das metas e indicadores propostos no plano, e a avaliação confirma os resultados obtidos em relação a um conjunto de fatores. Têm natureza regular e periódica, são orientados por diretrizes, objetivos e metas, em cada esfera governamental. No contexto de planejamento, devem ser desenvolvidos de maneira conjunta e individual entre os entes de gestão, tendo as regiões de saúde enquanto referência (BRASIL, 2016).

No setor público brasileiro, o planejamento é considerado uma prática pertencente à gestão em saúde, onde são definidas, em um determinado período, estratégias e prioridades, de acordo com as necessidades de uma determinada população, cabendo ao Estado implementar ações sobre os seus determinantes (BRASIL, 2020c).

Nacionalmente, o planejamento em saúde passou a ser matéria de discussão entre as gestões com a criação do Sistema Único de Saúde, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, foram instituídas ferramentas destinadas à gestão da saúde pública (MACEDO *et al.*, 2018). Estabeleceram-se, então, o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA (VIEIRA, 2009).

Em 2006, com a criação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, por meio da Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006, foram revisados os instrumentos de gestão da saúde. Nesta perspectiva, passam a ser definidos como instrumentos básicos de planejamento do SUS: o Plano de Saúde (PS) – instrumento que demonstra os objetivos quadrienais da gestão em relação às ações de saúde, estruturado em diretrizes, objetivos e metas; a Programação Anual de Saúde (PAS) – documento de operacionalização do PS e; o Relatório Anual de Gestão (RAG) – que aponta os resultados atingidos na PAS (VIEIRA, 2009).

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, são apresentados os métodos utilizados na construção do trabalho. Trata-se de um Projeto de Intervenção (PI), sob a proposta de construção de um Plano de Implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Básica do município de Mendes, localizado no interior do estado do Rio de Janeiro. Projetos de Intervenção, como o próprio título descreve, fundamentam-se nos pressupostos da pesquisa-ação que, de acordo com Thiollent (2005), envolve a presença efetiva de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção. Pode ser utilizado em projetos em que os pesquisadores buscam por transformações em suas próprias práticas (BROWN; DOWLING, 2001).

A pesquisa-ação proporciona uma associação entre teoria e prática, e permite ao investigador intervir na situação da organização (OLIVEIRA, 2011). Deve, para isso, atender dois objetivos centrais: o primeiro está relacionado à contribuição da pesquisa na solução do problema em questão e o segundo é o conhecimento gerado a partir da solução do problema (THIOLLENT, 2005).

A elaboração deste Plano de Implantação das PICS baseou-se na lógica do Planejamento Estratégico Situacional (PES), voltado para as organizações públicas e utilizados nas três esferas da federação, por ser considerado o mais indicado aos problemas contemporâneos e por pensar planejamento de uma forma mais abrangente, em que o planejador deve estar familiarizado com os obstáculos que irá enfrentar (MISOCZKY; GUEDES, 2011). De forma complementar, foram utilizados como instrumento metodológico o Guia de Práticas Integrativas e Complementares para gestores do SUS, especialmente os livretos 3 - PICS e Planejamento em Saúde e; 4 - Estratégias de Implementação da PNPIC nos municípios e estados (BRASIL, 2020c; 2020b).

O percurso está descrito em três etapas: identificando nós críticos e potencialidades; desenho do plano de implantação das PICS no município de Mendes-RJ: a matriz de programação das ações; modelo lógico de implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no município de Mendes – RJ. É importante ressaltar que a divisão do processo em etapas ou momentos não está pautada em ações sequenciais, fixas; e sim como forma de facilitar a compreensão da metodologia da pesquisa em questão.

A primeira etapa foi dividida em: diagnóstico situacional do município (principais informações de saúde da população e mapeamento da rede assistencial e de ofertas de PICS); aplicação de um questionário eletrônico sobre PICS aos profissionais de saúde da RAS e; oficina técnica no âmbito da gestão de saúde; a segunda etapa consistiu na construção de uma matriz de programação de ações para a implementação das PICS no município e; na terceira etapa foi desenvolvido um modelo lógico de implantação das PICS na RAS, com enfoque na Atenção Básica.

O ambiente de intervenção do estudo foi a Rede de Atenção à Saúde de Mendes, município do interior do Estado do Rio de Janeiro, localizado na região Centro-Sul Fluminense. O projeto foi desenvolvido no período compreendido entre maio de 2020 e abril de 2022. As etapas práticas do projeto, apresentadas na defesa de qualificação somente foram iniciadas após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

4.1 IDENTIFICANDO NÓS CRÍTICOS E POTENCIALIDADES

A primeira fase do Projeto de Intervenção (PI) consistiu na identificação dos problemas considerados relevantes ao projeto proposto. Assim sendo, este momento foi subdividido em três: pesquisa documental; aplicação de um questionário eletrônico (*web survey*) sobre as PICS aos profissionais de saúde atuantes na RAS; realização de uma oficina técnica no âmbito da gestão, onde foi desenvolvida uma Matriz SWOT/FOFA enquanto ferramenta de análise estratégica para a implantação das PICS no âmbito municipal, detalhadas a seguir.

4.1.1 Pesquisa Documental

Este primeiro momento consistiu em uma pesquisa documental, por meio da realização do diagnóstico situacional do território municipal, com o levantamento das principais informações de saúde da população local, da forma de organização da Atenção à

Saúde, com destaque para a Atenção Básica (AB), a descrição da rede de serviços de saúde e o mapeamento da rede de oferta das PICS no SUS de Mendes.

A pesquisa documental coleta seus dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos; arquivos particulares de instituições e domicílios, e fontes estatísticas (LAKATOS; MARCONI, 2001) “valendo-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.” (GIL, 2008, p. 62).

Na construção do diagnóstico situacional foram utilizados dados extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Plano Municipal de Saúde de Mendes 2022-2025 e ainda, a partir de informações concedidas pela gestão local.

Em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o SISAB, instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, tornou-se o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Ele integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Este foi desenvolvido para atender a gestão do cuidado em saúde, no âmbito da APS (BRASIL, 2013a).

As informações de saúde foram coletadas no período compreendido entre os meses de dezembro de 2021 a março de 2022, tendo sido utilizados os relatórios de produção individual e coletiva, e de procedimentos, registradas na base de dados do e-SUS APS; os relatórios consolidados do sistema e-gestor AB (painel de indicadores e SISAB) e DATASUS, por meio do tabulador TABNET. Foram ainda coletadas informações do município contidas no PMS 2022-25. Além disso, foi consultado o Plano Municipal de Saúde (2018-2021) para identificar a possíveis pactuações relacionadas à implementação da PICS no âmbito do SUS municipal.

As informações gerais do município, em seus aspectos territoriais, demográficos, econômicos e sociais foram obtidas na página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Portal Cidades@, também de domínio do IBGE. Foi ainda utilizado para fins de pesquisas os documentos *Estudos Socioeconômicos. Municípios do Estado do Rio*

de Janeiro: Mendes, do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ), do ano de 2021 e o PMS 2022-25.

4.1.2 Questionário Eletrônico (*web survey*)

Os *surveys* são investigações destinadas à coleta de dados de amostras representativas de uma população específica, descritos e explicados analiticamente (BABBIE, 2005). São recomendados principalmente quando se quer atingir populações específicas, de conhecida afinidade, onde é possível obter um plano amostral representativo (ARENTZE; HOFMAN; TIMMERMANS, 2004). Os questionários eletrônicos não possuem intermediação, sendo realizadas e administradas somente pelos próprios respondentes, responsáveis pelo preenchimento autônomo do instrumento de pesquisa, não havendo a presença do entrevistador na condução da investigação (CENDON *et al.*, 2014).

A finalidade do uso do *survey* neste trabalho é a de obter uma visão inicial do tema em questão, de modo a fornecer informações que servirão de base para a construção do Plano de Implantação das PICS. E como se trata do estágio inicial do estudo, este questionário eletrônico é classificado como exploratório (FORZA, 2002).

De acordo com as informações da administração de pessoal da secretaria municipal de Mendes, o total de funcionários lotados no setor é de 487, sendo 146 atuantes na área de saúde, na assistência da AB e à nível ambulatorial. Optou-se por limitar o universo dos possíveis respondentes do *survey* aos profissionais envolvidos diretamente no cuidado ao usuário no âmbito ambulatorial, ou seja, todos os profissionais de nível superior da área de saúde, reconhecidas por meio da Resolução N°218/1997 (BRASIL, 1997) e os profissionais de nível médio a seguir: auxiliares e técnicos de enfermagem (AE; TE); agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de saúde bucal (ASB).

Para obter acesso aos endereços eletrônicos dos profissionais de saúde, foi solicitado, via ofício, aos coordenadores de cada serviço, a listagem em questão. Nem todas as coordenações enviaram a listagem completa dos profissionais, e em alguns casos, foram inseridos na listagem endereços eletrônicos de profissionais lotados nas unidades, mas que não eram da área de saúde, como assistentes administrativos e auxiliares de serviços gerais.

Optou-se por mantê-los, tendo em vista que as PICS são, em sua maioria, atividades livres, podendo ser desenvolvidas por profissionais de outras áreas.

A amostragem do questionário eletrônico utilizada foi do tipo “não probabilística e intencional”, considerando o universo específico da população em questão. Na amostragem intencional, a seleção de amostras é feita de acordo com o julgamento do investigador. Pode ser utilizada quando se deseja escolher elementos "típicos" e "representativos" para uma determinada amostra (OLIVEIRA, 2001).

Para atender os parâmetros iniciais de nível de segurança de 95% e 5% de margem de erro (CHENDON *et al.*, 2014), o número indicado de amostragem seria de 106 pessoas. O grau de confiança pode ser definido como a probabilidade de que a amostra seja representativa do universo. Já a margem de erro é a diferença entre o valor obtido através da amostra e o valor real do universo (KIEHL, 2015). Com vistas a aumentar as chances de garantir a amostragem ideal, inicialmente foi enviado o questionário para um total de 120 profissionais.

Foi concedido um prazo de três semanas (21 dias), a partir do dia 03/01/2022, para a devolução do questionário preenchido. Neste período, 58 participantes responderam ao *survey*. Uma nova tentativa foi realizada, sendo reenviado o questionário eletrônico aos e-mails da listagem no dia 24/01/2022. Houve um acréscimo de 5 respostas, somando um total de 63 participantes em 06/02/2022. Um terceiro envio foi realizado em 07/02/2022, sendo concedido um novo prazo (até 18 de fevereiro de 2022), e obteve-se um acréscimo de 13 respostas, chegando a um total de 76 respondentes.

Com um total de 76 respostas obtidas em um período de 47 dias (de um total de 120 convites enviados), obteve-se um nível de segurança de 95%, e uma margem de erro de 7,81%, de acordo com o resultado do cálculo amostral. Tal fato confirma a fala de Chendon *et al.* (2014, p. 35) que, “embora as tecnologias tenham proporcionado vários benefícios para a realização de *surveys*, é notado que elas trazem também algumas dificuldades. Uma dessas é a tendência para o aumento da taxa de não respondentes.” Para calcular a amostra a ser utilizada no *survey*, foi utilizado o aplicativo *Qualtrix^{XM} Sample Size Calculator*, disponível para consulta online.

A respostas foram desenvolvidas de forma a não identificar individualmente os respondentes. No entanto, foi possível traçar um perfil de formação profissional em PICS na RAS, as modalidades mais populares entre os profissionais, as ofertadas na rede, e as

preferências para futuras capacitações em serviço. A primeira parte do questionário consistiu nas informações gerais dos respondentes, com informações sobre sexo, cor, faixa etária, escolaridade, profissão, tempo de formação, tempo de atuação na RAS, local de atuação e tempo no local atual de serviço e responsável pela organização da agenda de trabalho do respondente.

Em um segundo momento, foram disparadas questões relacionadas às PICS. A primeira tratava sobre o conhecimento da existência das mesmas. Seguiram-se questões genéricas sobre: modalidades de PICS conhecidas e o conhecimento sobre a existência de uma Política Nacional de PICS. Adiante, foi perguntado sobre conhecimentos/formação em PICS, e qual(s) modalidade(s), seguido do tipo (capacitação em serviço, cursos livres, formação técnica e especialização) e modalidade de formação (presencial, à distância ou híbrida).

De forma a complementar às questões enumeradas acima, foi estabelecido um terceiro momento, voltado para a atuação em PICS na RAS do município de Mendes, àqueles que responderam ter alguma formação em uma ou mais modalidades. Primeiramente foi questionado se o participante desenvolve as PICS no local de trabalho e de que forma as exerce (atividade exclusiva, diluído no serviço regular da unidade ou com reserva de turno para atendimento em PICS, sem ultrapassar a carga horária individual).

Em seguida, foram solicitadas informações sobre: pactuação da oferta de PICS no local de trabalho; adequabilidade da estrutura física do local de trabalho que atenda à oferta de PICS; necessidade de insumos/ equipamentos específicos e a origem dos mesmos (fornecimento); formato de oferta das PICS (demanda espontânea e encaminhamento com origens diversas) e formato de agendamento; principais demandas de atendimento em PICS; questões limitantes ao exercício das PICS no local de trabalho; ações que podem potencializar o exercício das PICS no local de trabalho.

Antes de finalizar o questionário, os participantes foram indagados em relação ao interesse em capacitações na área de PICS. Aqueles que responderam positivamente puderam elencar as modalidades de interesse. Foi ainda deixado um espaço aberto de sugestões e para que pudessem transmitir informações não mencionadas no questionário, caso fosse de interesse dos participantes. O roteiro do questionário pode ser observado no Quadr 6. Já o questionário na íntegra encontra-se no Apêndice C.

Quadro 6 - Roteiro do questionário eletrônico

Questões a serem incluídas no questionário (relação preliminar)	
Informações gerais	Sexo, faixa etária, gênero, cor/raça
Informações educacionais/profissionais	Escolaridade, profissão, áreas de interesse, cargo atual, tempo de serviço no município, tempo de formação, outras experiências profissionais.
Informações sobre PICS	Conhecimento sobre PICS e a PNPIC, formação/capacitação em alguma (s) modalidade (s), interesse em capacitações de PICS para exercer na rede de saúde municipal.
Informações sobre a implementação das PICS no município	Limitações/dificuldades para exercer as PICS na RAS, ações potencializadoras da implementação das PICS.
Espaço dedicado a sugestões e relatos de experiências com PICS.	Aberto.

Fonte: Elaboração própria

4.1.3 Oficina Técnica

Ainda na primeira fase do estudo, foi realizada uma oficina técnica no âmbito da gestão local a fim de identificar estratégias de intervenção relacionadas às PICS, a partir da construção de uma matriz pelo método de análise SWOT, acrônimo de quatro letras do inglês *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*, também conhecida como FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), sendo uma ferramenta que contribui para o conhecimento dos ambientes aos quais a gestão pública se insere (CHIAVENATO, 2005). Neste trabalho, foi optado por referenciar o termo em português.

Foram convidados para o encontro profissionais atuantes dos seguintes setores: coordenação da Atenção básica, área de apoio de Educação Permanente em Saúde (EPS); planejamento em saúde; Nasf-AB, coordenação de Saúde Mental, UBS que ofertam PICS e o Conselho Municipal de Saúde (CMS).

A proposta da oficina técnica foi a de construir, com base no diálogo entre os profissionais, uma Matriz SWOT/FOFA de implantação das PICS no âmbito municipal, com ênfase na Atenção Básica e indicar estratégias potencializadoras para a respectiva implantação do serviço no município, que posteriormente seria utilizada na construção da Matriz de Intervenção do estudo.

O encontro foi realizado no dia 07 de fevereiro de 2022, das 9 às 12 horas, nas dependências da Prefeitura Municipal de Mendes (PMM), com a presença de 9 participantes. Todos assinaram a lista de presença (Apêndice D), que foi posteriormente anexada à Ata da Oficina (Apêndice E). Para a atividade foi desenvolvido um roteiro, entregue a cada um dos participantes, juntamente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (uma para o participante e outra para a pesquisadora).

A atividade foi iniciada com uma breve apresentação, onde foram informados os objetivos da oficina e o produto final esperado. Além disso, foi feita uma breve explicação sobre o TCLE, de modo que todos que concordassem com a oficina assinassem o documento. Em seguida, foi realizada uma breve contextualização das PICS no SUS e no município de Mendes. A oficina envolveu a confecção das matrizes FOFA e também de um quadro com as indicações de estratégias para a implantação das PICS no âmbito municipal, que posteriormente foi utilizada na confecção da Matriz de Intervenção do estudo.

Após a construção das matrizes, foi iniciada a construção do quadro de estratégias potencializadoras para a Implantação das PICS, reservado um tempo de 30 minutos para a atividade. Os grupos permaneceram os mesmos e indicaram as estratégias direcionadas aos respectivos eixos já em discussão, conforme os Quadros 15, 16 e 17. Ao final das discussões em grupos e da montagem dos quadros propostos, todos foram convidados a retornarem aos seus lugares e, então, cada grupo apresentou sua matriz e suas estratégias. Após a apresentação, foi concedida a todos o direito a fala, de modo que as discussões fossem aprofundadas. Ao final, os produtos da oficina foram: 02 matrizes SWOT/FOFA e 02 quadros de estratégias potencializadoras para a implantação das PICS no âmbito municipal.

Foram formados dois grupos para a discussão sobre a Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção à Saúde Municipal. O primeiro grupo teve como eixo de discussão a Institucionalização das PICS (eixo 1) e o segundo (eixo 2) o Processo de Trabalho das PICS. A divisão dos grupos se deu por escolha dos próprios integrantes. O primeiro grupo (eixo 1) ficou constituído de 04 (quatro) participantes e o segundo (eixo 2) de 05 (cinco).

Cada grupo recebeu 2 folhas de papel pardo, sendo uma para a construção da matriz FOFA e outra para a indicação das estratégias de ação. Receberam também filetes de papel colorido para a anotação do conteúdo e colagem nas folhas de papel pardo. Outros materiais utilizados na oficina: canetas hidrocores azul e vermelha e fitas adesivas. No momento de

divisão dos grupos foi informado sobre o eixo de cada um deles para que as discussões fossem iniciadas. Foi concedido um prazo de 60 minutos para a construção das matrizes.

4.2 DESENHO DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS PICS NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ: A MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Como resultado da confecção da matriz durante a oficina técnica, do levantamento de informações sobre o atual estágio de implementação das PICS no município (por meio dos resultados do questionário eletrônico e dos dados referentes às produções na área coletados nos sistemas de informação de saúde), foi realizada segunda fase do Projeto de Intervenção: o desenho do plano de implantação das PICS no âmbito municipal.

Optou-se por desenvolver uma matriz de programação das ações, onde foi explicitada a situação problema identificada, seus descritores e indicadores, e lançadas metas e resultados esperados. Foram identificadas as causas críticas do problema, e para cada uma delas foram descritas as ações a serem desenvolvidas, os recursos necessários, os produtos finais, prazos (quando cabíveis) e os respectivos responsáveis.

Como resultado da confecção da Matriz SWOT/FOFA durante a oficina técnica, do levantamento de informações sobre o atual estágio de implementação das PICS no município (por meio dos resultados do questionário eletrônico e dos dados referentes às produções na área coletados nos sistemas de informação de saúde), foi realizada a segunda fase do Projeto de Intervenção: o desenho do plano de implantação das PICS no âmbito municipal.

Nesta fase foi desenvolvida uma matriz de programação das ações, onde foram explicitadas a situação problema identificadas, seus descritores e indicadores, e lançadas metas e resultados esperados. Foram identificadas as causas críticas do problema, e para cada uma delas foram descritas as ações a serem desenvolvidas, os recursos necessários, os produtos finais, prazos (quando cabíveis) e os respectivos responsáveis.

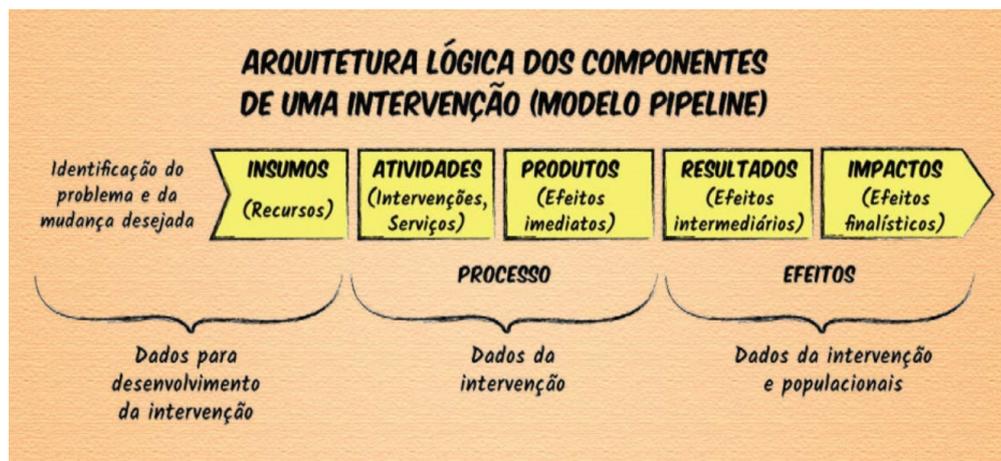
4.3 MODELO LÓGICO DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ

Enquanto ferramenta de monitoramento e avaliação, o modelo lógico (ML) orienta o processo e facilita a execução do desenho metodológico de avaliação, de forma que as relações causais definidas sejam devidamente estudadas (MENESES, 2007). Trata-se de uma metodologia que integra ideias, hipóteses e expectativas, que constituem a parte estrutural e de funcionamento do projeto (BALBIM *et al.*, 2013), e são indicados para o planejamento, a implementação, a gestão e a avaliação (ROCHA *et al.*, 2016; ENGEL-COX *et al.*, 2009).

O ML propõe a organização de ações de forma articulada aos resultados esperados. Trata-se de uma forma sistemática e visual de apresentação e compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e os resultados esperados. Seus elementos são: recursos, ações, produtos, resultados intermediários e finais (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas (MEDINA *et al.*, 2005).

Representa a racionalidade de funcionamento de uma intervenção, possibilitando o mapeamento do programa e verificando se as operações ocorrem como previsto e identificando os aspectos mais frágeis, que requerem avaliação (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Os elementos do ML são: recursos, ações, produtos, resultados intermediários e finais, assim como as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto (CASSIOLATO; GUERESI, 2010). A Figura 2 demonstra a estrutura lógica de uma intervenção.

Figura 2 - Componentes de uma Intervenção: modelo pipeline



Fonte: Cardoso; Santos (2018)

Os modelos de avaliação são construídos seguindo lógicas distintas, que refletem variadas escolas de pensamento e diversos interesses institucionais (CARDOSO; SANTOS, 2018). Cada referencial teórico possui uma forma de estruturar o processo. No entanto, ao serem comparados verifica-se a equivalência terminológica entre os mesmos, conforme o Quadro 7.

Quadro 7 - Referenciais teóricos e suas equivalências de termos

DONABEDIAN (1990)	PIPELINE (1999)	PPA 2016-2019
Estrutura	Insumos	
Processos	Atividades	Iniciativas
Resultados:		
Curto Prazo	Produtos	Metas de Produtos
Médio Prazo	Resultados	Metas de resultados
Longo Prazo	Impactos	

Fonte: Elaboração própria, com base em Cardoso e Santos (2018).

A construção do ML, tem, como uma de suas limitações não considerar as possíveis barreiras de execução do programa. Isto posto, faz-se necessária a sua validação e uma discussão sobre os componentes, metas, barreiras e fragilidades do programa junto aos atores principais participantes de sua construção (BEZERRA; CAZARIN; ALVEZ, 2010).

De acordo com Chen (1990, *apud* MEDINA *et al.*, 2005), a teoria de um programa possui duas partes, a teoria prescritiva e a teoria descritiva. A primeira, diz respeito a estrutura

que o programa deve ter (tratamento, produtos e processo de implementação), e a segunda, trata das causas que relacionam o tratamento utilizado no programa, o seu processo de implementação, assim como os produtos.

Neste estudo, elaborou-se um modelo lógico de intervenção, de forma a tornar factível a utilização do instrumento enquanto base para a confecção de outros planos de implantação das PICS.

Optou-se pelo modelo linear simples (*pipeline*), considerando-se os componentes estruturais da intervenção a seguir: estrutura, processo, produto, resultado e impacto. O Quadro 8 demonstra a síntese de todas as etapas do Projeto de Intervenção realizado para a elaboração do Plano de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ.

Quadro 8 - Projeto de Intervenção do Plano de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ

Resumo da Proposta de Projeto de Intervenção - PI	
Fases	PI – Plano de Implantação das PICS na APS de Mendes-RJ
Identificando Nós Críticos e Potencialidades	1 - Pesquisa documental- diagnóstico situacional (principais informações de saúde, mapeamento da rede assistencial e de ofertas de PICS); 2 - Questionário em formato eletrônico sobre as PICS aplicado aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS); 3 - Oficina técnica no âmbito da gestão: construção da Matriz SWOT/FOFA e pontuação de estratégias para implantação das PICS.
DESENHO DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS PICS NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ: A MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.	Confecção de uma Matriz de Programação de Ações (com base nos resultados identificados na fase anterior).
MODELO LÓGICO DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ.	Confecção de um modelo lógico de intervenção do Plano de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ.

Fonte: Elaboração própria

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi elaborado considerando a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamentam a pesquisa com seres humanos no território nacional, assim como a Resolução N°510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana e a Resolução N° 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, para resguardar o respeito aos princípios éticos foi assumido irrestrito comprometimento com a presente pesquisa, a ser evidenciado na investigação, na análise e na forma de interação com o objeto pesquisado. Somando-se a isto, a participação, tanto no questionário eletrônico quanto durante a reunião técnica foram precedidas da obtenção do consentimento informado foi claramente descrito, conforme modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndices A e B).

Para minimizar possíveis danos e assegurar sigilo e privacidade das informações prestadas, as análises dos dados foram agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome do participante da pesquisa. O questionário foi enviado aos participantes via e-mail, sendo estabelecido um prazo inicial de 21 dias para devolução do mesmo, sendo estendido posteriormente o seu prazo (47 dias). Caso o participante se sentisse constrangido ou não quisesse continuar na pesquisa, a qualquer momento, poderia desistir e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo. Foi assegurado ao participante, direito de indenização, conforme preconizado na Resolução 466/12, item IV.3.h, assegurando-se reembolso de despesas de locomoção, se necessário.

A fim de obter a permissão para realizar o estudo no município, assim como a utilização dos sistemas de informação em saúde para coleta de dados para a realização da pesquisa documental, foi solicitada autorização institucional mediante Termo de Anuência para Autorização de Pesquisa (Apêndice F). Além disso, foi elaborado pelo pesquisador responsável o Termo de Compromisso de Utilização dos Dados (TCUD), que pode ser visualizado no Apêndice G.

Antes de iniciar a pesquisa, o projeto foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/plataformabrasil), base nacional e unificada das pesquisas que envolvem seres humanos.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo CEP da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/Fiocruz, nº CAAE: 51541521.0.0000.5240. Não houve necessidade de aprovação ética por instituição coparticipante, tendo em vista que o município local do estudo, não possui CEP específico. A pesquisa foi aprovada sob o Parecer Consubstanciado nº 5.115.500 em 19 de novembro de 2021, e pode ser visualizado no Anexo A.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados referentes às três fases do Projeto de Intervenção proposto: identificando nós críticos e potencialidades; desenho do plano de implantação das PICS no município: a matriz de programação das ações e; modelo lógico de implantação das PICS no município de Mendes-RJ.

5.1 PRIMEIRA FASE: IDENTIFICANDO NÓS CRÍTICOS E POTENCIALIDADES

A presente seção é subdividida em:

- 5.1.1 Diagnóstico Situacional do Município de Mendes;
- 5.1.2 Apresentação dos resultados obtidos no questionário eletrônico (*web survey*) sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS);
- 5.1.3 Apresentação dos resultados obtidos na oficina técnica no âmbito da gestão de saúde municipal.

5.1.1 Diagnóstico Situacional do Município de Mendes-RJ

A análise da situação de saúde do município de Mendes foi subdividida nos tópicos a seguir: um breve histórico do município de Mendes; aspectos demográficos e socioeconômicos; organização da Atenção à Saúde, com destaque para a Atenção Básica (AB); descrição da rede de serviços de saúde e; mapeamento das PICS na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

5.1.1.1 Um breve histórico do município objeto de intervenção

Mendes foi originada, segundo dados oficiais históricos do município, em um rancho para pouso de tropas, às margens do “Caminho Novo do Tinguá”, que consistia em um atalho entre a aldeia de Valença e cidade do Rio de Janeiro. A circulação dos tropeiros iniciou o processo de desenvolvimento da região, inicialmente como um pequeno aglomerado. Seu primeiro registro oficial é do ano de 1847, passando a ser conhecida como Santa Cruz dos Mendes no ano de 1850, coincidindo com o desenvolvimento e prática do cultivo de café. As primeiras construções edificadas ocorreram na década de 1820, marcando a fase inicial de exportação de café em valores expressivos (SANTOS, 2020).

Com o passar dos anos, o crescente desenvolvimento das lavouras cafeeiras na região estimulando a expansão econômica local, incentivou a instalação da rede ferroviária, sendo inaugurada nas margens da Estrada de Ferro D. Pedro II, inaugurada em 1864, as seguintes estações locais: Mendes, Humberto Antunes, Martins Costa, Nery Ferreira e Morsing (PREFEITURA MUNICIPAL DE MENDES, 2017).

Figura 3 - Uma entre as cinco estações ferroviárias instaladas às margens da Estrada de Ferro D. Pedro II



Fonte: Prefeitura Municipal de Mendes (2017)

A fase industrial da região teve seu início em 1889, por meio da inauguração de uma indústria de papel (Companhia de Papel Itacolomy), seguido de outras indústrias, dentre as que mais se destacaram, a Cervejaria Teutônia, uma fábrica de fósforos chamada Serra do Mar e o Frigorífico Anglo, de origem inglesa.

Durante a Belle Époque, a localidade de Mendes atraiu vários empreendimentos industriais, impulsionados com a chegada da Estrada de Ferro D. Pedro II (depois Central do Brasil), em 1864. Dentre as empresas instaladas destacavam-se: a Companhia de Papel Itacolomi, fundada em 1889, e considerada pioneira da industrialização local; a Cervejaria Teutônica, fundada em 1895, pela Preiss Haüssler & Cia. e absorvida em 1904, pela cervejaria Brahma; e o Frigorífico Anglo (Brazilian Meat Company), fundado em 1914, e pertencente ao Grupo inglês West Smithfield. Outras empresas de menor porte também se instalaram no município, a exemplo da Empresa Nacional (Buenos, Dias & Cia), que fabricava produtos de toucador e medicamentos “retirados da inesgotável flora brasileira” (FILHO et al., 2012, p. 7).

Em 1912 o município vivenciou a inauguração da rede de iluminação elétrica, o que potencializou o desenvolvimento econômico da região. A região passou por duas fases distintas relacionadas ao seu desenvolvimento econômico. O primeiro momento se deu com a expansão do cultivo do café, no século XIX, e a segundo, já no século XX, no início da década de 1910, com a implantação das indústrias (FILHO *et al.*, 2012). Graças ao seu desenvolvimento econômico, por meio da publicação da Lei nº 1.559 de 11 de julho de 1952, Mendes, que pertenceu a outras localidades, como Pirai, Vassouras e Barra do Pirai, emancipou-se, definitivamente em janeiro do ano seguinte.

5.1.1.2 Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

Trata-se de um município localizado na Serra do Mar, na borda do planalto fluminense, constituído de um único distrito-sede, que ocupa uma área total de 96,3 quilômetros quadrados, que correspondem a 3,2% da área da Região Centro-Sul Fluminense, microrregião geográfica a que se insere. Seus limites municipais, são: Barra do Pirai,

Engenheiro Paulo de Frontin, Paracambi, Pirai e Vassouras (PREFEITURA MUNICIPAL DE MENDES, 2017).

No que se refere ao processo de regionalização em saúde, o município de Mendes está inserido na região de saúde denominada Centro-Sul, juntamente com outros dez municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. As cidades com as maiores concentrações populacionais são Paracambi, Paraíba do Sul, Três Rios e Vassouras (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020).

A região Centro Sul Fluminense é uma das nove regiões político-administrativas do Estado do Rio de Janeiro. Apresenta como área geográfica o total de 3.222.162 km² e uma população de, aproximadamente, 319.351 habitantes. Está inserida na mesorregião Sul Fluminense, juntamente com as microrregiões do Vale do Paraíba Fluminense, de Barra do Pirai e da Baía da Ilha Grande (IBGE, s/d). O mapa das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro encontra-se na Figura 4.

Figura 4 - Mapa das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro (2018)

De acordo com os dados do último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, Mendes ocupava a 6ª posição no ranking populacional da região Centro-Sul Fluminense e a 67ª posição no estado do Rio de Janeiro, com uma população de 17.935 habitantes e uma densidade demográfica de 184,83 hab./km²,

correspondente a 6,6% do contingente da Região Centro-Sul fluminense (TCE-RJ, 2021). Já a estimativa populacional para o município, realizada em 2021, é de 18.681 habitantes, ou seja, houve um crescimento populacional de 4%. A estimativa populacional para o município em 2021 é de 18.681 pessoas; um crescimento populacional de 4%, segundo dados comparativos do Censo 2010 e as estimativas do IBGE (s/d).

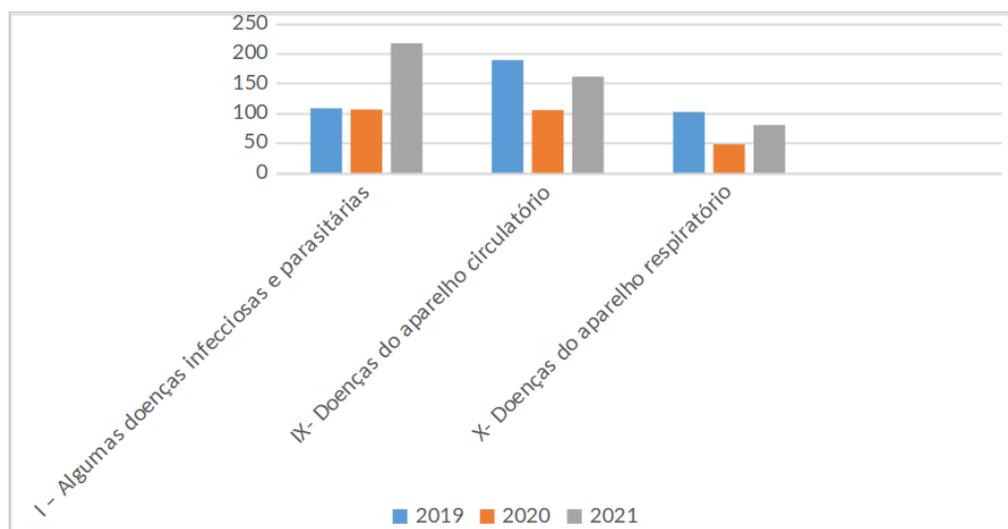
5.1.1.3 Perfil de morbimortalidade municipal

De acordo com informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), em 2021 as principais causas de mortalidade hospitalar no SUS segundo o capítulo do CID-10 que atingiram os munícipes de Mendes, foram, em primeiro lugar, os sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais (40,0), sendo seguido por: doenças do sistema nervoso (30,0), doenças do sangue e órgãos (27,27), doenças infecciosas e parasitárias (26,27), doenças do aparelho respiratório (25,0) e doenças endócrinas e metabólicas (21,74).

No mesmo ano, as principais causas de internações hospitalares segundo o Capítulo do CID-10 em termos absolutos foram: algumas doenças infecciosas e parasitárias (217), as doenças do aparelho circulatório (161), as lesões eventuais por causas externas (129) gravidez, parto e puerpério (129) e as doenças do aparelho respiratório (80).

Não houve significativas oscilações nos índices de morbidade hospitalar na maioria dos casos, com exceção para “algumas doenças infecciosas e parasitárias”, onde, entre os anos de 2020 e 2021, houve um aumento de 104,71% em seus números absolutos, e as “doenças do aparelho circulatório” e as “Doenças do aparelho respiratório”, que oscilaram com queda nos números entre 2019 e 2020 e aumento entre 2020 e 2021, conforme o Gráfico 1, a seguir.

Gráfico 1 - Evolução do número de internações segundo o Capítulo do CID-10 entre os anos 2019 e 2021 no município de Mendes-RJ: Capítulos I, IX e X



Fonte: Elaboração própria

Em um estudo sobre a situação de saúde da região Centro-Sul Fluminense (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2020), foi observado que, entre os anos de 2013 e 2017 os indicadores de mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da região encontravam-se inferiores aos estaduais, e Mendes esteve entre os municípios com a pior taxa no ano de 2016, perdendo apenas para o município de Miguel Pereira.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) destacam-se internacionalmente como um importante problema de Saúde Pública, sendo resultado das mudanças no perfil epidemiológico global, consequência do envelhecimento populacional (OLIVEIRA; FAORO; CUBAS, 2017). Em decorrência a este cenário, os índices de mortalidade prematura ganharam destaque entre as estatísticas vitais.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) compreendem, principalmente: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, e constituem a maior causa de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por 70% das mortes globais (WHO, 2016). Podem ser conferidos no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), que tem como meta a redução da taxa de mortalidade prematura em 2% ao ano, até 2022. Para tanto, foram previstos o

desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, a redução dos fatores de risco (tabagismo, alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo e consumo excessivo de álcool) e o suporte para o tratamento das doenças (BRASIL, 2011a). Na Tabela 1 pode ser observada a evolução do número de óbitos prematuros por DCNT, e a comparação deste último com o número de óbitos gerais na mesma faixa etária, no município de Mendes (2016 a 2020). Os dados demonstram que as DCNT estão, majoritariamente, entre as principais causas de morte entre adultos com idade entre 30 e 69 anos.

Tabela 1 - Comparação entre Mortalidade Prematura por DCNT Mortalidade Geral na mesma faixa etária Mendes-RJ

Ano do óbito	Óbitos Gerais		Óbitos por DCNT	
	30 a 69 anos		30 a 69 anos	
	N		N	%
2016	72		53	73,6
2017	59		49	83,0
2018	59		49	83,0
2019	52		46	88,5
2020	74		55	74,3
Total	316		252	79,7

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2022).

No município de Mendes, a vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) atua em parceria com a AB no planejamento das ações em saúde direcionadas a esta parcela da população, desenvolvendo, principalmente, atividades preventivas, individuais e coletivas. Atualmente, existem dois grupos de atividade coletiva, ambos centralizados na Estratégia de Saúde da família: o grupo de alimentação saudável, desenvolvido pelas eSF; e o grupo de cessação do tabagismo, executado pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Estudos do Ministério da Saúde (MS) e Mapas de evidência das PICS desenvolvidos pela Bireme/Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn), demonstram diversas indicações sobre o uso de PICS no manejo de indivíduos com doenças crônicas e fatores de risco associados,

como, por exemplo, as MTC *Tai Chi Chuan* e *Qi Gong*, que auxiliam na redução dos níveis de pressão arterial de usuários hipertensos e de glicemia de jejum e pós-prandial de pacientes portadores de diabetes tipo mellitus (BRASIL, 2019).

A auriculoterapia, quando combinada às mudanças no estilo de vida, pode ser eficaz como complemento aos tratamentos de obesidade (KIM; SHIN; PARK, 2018). Já a meditação tem efeitos positivos em indivíduos hipertensos, havendo evidências relacionadas a redução de níveis pressóricos sistólicos e diastólicos, assim como na saúde mental, com efeitos sobre estresse, ansiedade, angústia e depressão (NCCIH, 2012).

5.1.1.4 A Organização da Atenção à Saúde, com destaque para a Atenção Básica (AB) e a descrição da rede de serviços de saúde de Mendes-RJ

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizam-se em pontos de atenção, onde são ofertados serviços de saúde aos usuários do SUS em diferentes em seus diferentes níveis, sendo o ponto de convergência desses pontos a Atenção Básica, por ser a ordenadora do cuidado (OLIVEIRA, 2016). A estrutura operacional das RAS considera os seguintes componentes: o centro de comunicação (AB); os pontos de atenção (secundária e terciária); os sistemas de apoio (diagnose, assistência farmacêutica e vigilância em saúde); os sistemas logísticos (sistemas de registro em saúde, central de regulação e de transporte em saúde); e o sistema de governança (BRASIL, 2017b).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Mendes é constituída pela Atenção Básica (AB), sendo ela o centro comunicador de toda a rede; os pontos de atenção secundária (Atenção Especializada ambulatorial, hospitalar e psicossocial), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica (farmácia básica e hospitalar) e Central de Regulação municipal e Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Em seus pontos de atenção conta ainda, com as redes temáticas (Rede cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e de Cuidado à Pessoas com Deficiência).

5.1.1.4.1 A Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) é considerada a ordenadora do cuidado, e a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo considerada ponto central de articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) um modelo prioritário de expansão e qualificação da Atenção Básica (BRASIL, 2017b). Ser ordenadora da RAS requer, à APS, identificar as necessidades de saúde do território de sua abrangência e organizar-se centralmente aos demais pontos da rede.

O município de Mendes detém 100% de cobertura na ESF, e possui em sua estrutura 7 eSF habilitadas e distribuídas em 07 unidades principais e 05 unidades de apoio, estas últimas localizadas em áreas que, apesar de estarem cobertas pelas eSF, são geograficamente distantes, totalizando 12 estabelecimentos distribuídos em seu território de abrangência. Tais números divergem dos números de cobertura da região sudeste, que apresentou, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional em Saúde (PNAD, 2019), a mais baixa cobertura (51,9%) do Brasil. No entanto, essa pesquisa confirmou a ESF enquanto modalidade predominante da AB no SUS, apresentando 62,6% de cobertura nacional no ano de 2019 (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Existem habilitadas atualmente quatro equipes de Saúde Bucal (eSB), e mais três em processo de habilitação. No entanto, possui consultórios odontológicos completos em sete, das doze unidades. Para aquelas que não possuem em suas dependências um consultório, o serviço dispõe ainda de duas Unidades Odontológicas Móveis (UOM).

Além das equipes da ESF, o município dispõe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), constituído por uma equipe multidisciplinar composta de 5 profissionais: fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, respeitando as ocupações indicadas pelo gestor municipal, e baseada nas diretrizes ministeriais, em relação à composição da equipe, assim como sua área de cobertura, perfil epidemiológico e condições socioeconômicas da região (BRASIL, 2017b). A equipe possui carga horária total semanal (100 h), e está vinculado a todas as eSF do município de Mendes. O Quadro 9 demonstra a composição da ESF municipal.

Quadro 9 - Estratégia Saúde da Família de Mendes-RJ

UNIDADE	Nº de famílias	Nº de usuários	Composição da Equipe	Tipo de Equipe	Funcionamento	
					Dias da semana	Horário
Centro CNES 5529581	828	3675	01 médico, 01 enfermeira, 08 ACS, 03 tec. enfermagem	1 eSF		8 às 17h
Cinco Lagos CNES 2276380	606	1831	01 médico, 01 enfermeira, 04 ACS, 02 tec. enfermagem	1 eSF 1 eSB		7 às 16h
Humberto Antunes CNES 2276402			01 médico, 01 enfermeira, 04 ACS, 02 tec. enfermagem	1 eSF 1 eSB		8 às 17h
Maria Lopes CNES 0383457	889	3541	01 médico, 01 enfermeira, 04 ACS, 02 tec. enfermagem	Unidade de Apoio		8 às 17h
Martins Costa CNES 2276399			01 médico, 01 enfermeira, 03 ACS, 02 tec. enfermagem	1 eSF 1 eSB		7 às 16h
Água Fria CNES 2276453	561	2398	01 médico, 01 enfermeira, 01 ACS, 01 tec. enfermagem	Unidade de Apoio		8 às 17h
Morsing CNES 2276364	413	1497	01 médico, 01 enfermeira, 04 ACS, 01 tec. enfermagem	1 eSF 1 eSB	Segunda à sexta-feira	7 às 16h
Santa Rita CNES 2276429			01 médico, 01 enfermeira, 04 ACS, 02 tec. enfermagem	1 eSF 1 eSB		8 às 17h
Independência CNES 7505019	1033	3525	01 médico, 01 enfermeira, 04 ACS, 02 tec. enfermagem	Unidade de Apoio		8 às 17h
Santa Rosa CNES 2276372			01 médico, 01 enfermeira, 01 ACS, 01 tec. enfermagem	1 eSF 1 eSB		7 às 16h
Oscar Rudge CNES 2276410	543	1898	01 médico, 01 enfermeira, 01 ACS, 01 tec. enfermagem	Unidade de Apoio		7 às 16h
Vila Mariana CNES 2276496			01 médico, 01 enfermeira, 01 ACS, 01 tec. Enfermagem	Unidade de Apoio		7 às 16h
TOTAL	4873	18.365				

Fonte: Elaboração própria com base no Sistema e-SUS (2022).

Embora possua uma cobertura estimada de 100%, tanto na ESF quanto na ESB, a APS de Mendes, assim como outros municípios da região, possui grande dificuldade em manter suas equipes completas com a carga horária de 40h semanais, para que não haja a suspensão dos recursos federais. Existe uma alta rotatividade de profissionais na ESF, principalmente da categoria médica. A suspensão dos repasses ocorre, nestes casos, quando há duplicidade de informações do profissional na base de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), ou seja, quando um membro da eSF também está cadastrado em uma outra equipe, em outro município.

Tal realidade se faz presente na grande maioria dos municípios brasileiros, onde o ideal e a realidade estão distantes, dadas as dificuldades em conseguir com que suas equipes, principalmente a classe médica, cumpram as 40h determinadas nas portarias vigentes. Entre os motivos estão, possivelmente, as baixas remunerações propostas pelos municípios e a sobrecarga de trabalho dos profissionais, que precisam complementar sua renda. Um estudo sobre municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014) confirma a situação de Mendes, e identifica a categoria médica como a de maior rotatividade na ESF, sendo o mesmo evidenciado em outros municípios de grande porte. Segundo Ney e Rodrigues (2012), dentre os principais motivos para esta situação estão a carga horária incompatível com outros vínculos, a remuneração praticada e a sobrecarga de trabalho.

Algumas estratégias podem ser utilizadas pelos gestores, de modo a atrair e fixar os profissionais médicos, assim como toda a equipe de ESF, como a instituição de um Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), melhorias na infraestrutura dos locais de trabalho e provimento de qualificação profissional (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014). Como consequência do não cumprimento das cargas horárias estabelecidas para a ESF por alguns profissionais, toda a equipe é prejudicada com o aumento da sobrecarga de trabalho. Este fato tem incidência negativa na implementação PICS no território, já que seria uma atividade a mais dentre todas as outras, de rotina diária.

Por outro lado, as PICS têm o potencial de reduzir as demandas por atendimentos médicos em diversos casos, como nas dores crônicas, nas DCNT, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e sofrimento psíquicos, evidenciados em diversos estudos em formato de mapas de evidências (BRASIL, 2020e).

Em relação à infraestrutura da ESF, 100% das unidades realizam atendimentos em cinco dias na semana (segunda à sexta-feira), por oito horas diárias, permanecem abertas no horário de almoço e possuem disponíveis automóveis (em regime de escala entre as unidades) para atividades externas, sendo considerada acima do padrão de cobertura nacional, que, em um estudo censitário em 2013 apresentou uma média entre 65,3% a 71,4% de cobertura dos indicadores de infraestrutura (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

Um fator a ser destacado se deve ao não funcionamento regular das unidades em horários flexíveis, como por exemplo, em horários noturnos (após às 17h) e aos finais de semana, com exceção dos períodos de campanhas de imunização, de realização do exame preventivo e de outros grupos específicos, que acontecem em datas pontuais durante o ano. O fato aponta para o desafio no acesso à AB das populações economicamente ativas, com pouco espaço de negociação para se ausentarem do ambiente laboral em horário comercial (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017).

Em relação ao sistema de financiamento da Atenção Básica no âmbito do SUS federal, há que se falar no novo modelo de custeio, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, denominado Programa Previne Brasil. Este sistema alterou o formato dos repasses financeiros aos municípios, que passaram a ser calculados com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

A capitação ponderada é uma das formas de repasse dos recursos financeiros da APS aos municípios. Seu modelo de remuneração é calculado com base no número de cadastros. Estes devem ser realizados pelas equipes de Saúde da Família – eSF. São considerados ainda outros fatores de ajustes, como a vulnerabilidade socioeconômica, perfil de faixa etária e a tipologia do município. No pagamento por desempenho, o valor a ser transferido depende da produtividade da equipe, ou seja, dos resultados alcançados em indicadores de saúde adotados pelo Ministério da Saúde (MS), monitorados e avaliados por meio dos relatórios de produção alimentados no sistema e-SUS APS.

Os incentivos para ações estratégicas contemplam a implementação de programas, estratégias e ações em saúde no âmbito na APS. Essas ações variam de acordo com as especificidades do território de abrangência e as necessidades de saúde de determinada população no que diz respeito às Redes de Atenção à Saúde.

São ações estratégicas contempladas neste componente de incentivo financeiro: programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional (BRASIL, 2019).

Mendes atualmente se beneficia das seguintes estratégias deste componente: Equipe de Saúde Bucal (eSB); Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; r Programas de apoio à informatização da APS. O Quadro 10 resume o modelo de financiamento da AB.

Quadro 10 - Resumo sobre o funcionamento do Programa Previne Brasil – Ministério da Saúde

Modelo de financiamento da Atenção Básica: Previne Brasil			
Componentes do Financiamento	Bases do cálculo	Características	Situação de Mendes-RJ
Captação ponderada	Cálculo baseado no número de cadastros nas eSF.	Considera fatores de ajuste: vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e a classificação rural-urbana do município.	*Intermediário o Adjacente *O município possui 98,30% de cadastros ativos.
Desempenho	O valor repassado tem como base os resultados de um conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes.	Em 2022, o MS instituiu indicadores de saúde a serem utilizados como base de cálculo.	Até o momento recebeu 100% do valor dimensionado.
Incentivo financeiro com base em critério populacional	O valor do incentivo per capita é definido pelo Ministério da Saúde anualmente e publicado em portaria. O aporte estabelecido por município e Distrito Federal leva em conta estimativa populacional mais recente divulgada pelo IBGE.	Utiliza-se as estimativas populacionais divulgadas pelo IBGE	Estimativa populacional de 18681 pessoas (IBGE,2021).
Ações Estratégicas ⁶	Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.	Varia de acordo com as necessidades de cada município.	Programa Saúde na Escola (PSE); Programas de apoio à informatização da APS; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Incentivo aos ACS.

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2019).

5.1.1.4.2 A Atenção Especializada

Embora a AB seja considerada a central comunicadora da RAS, consensuada como acesso preferencial à assistência à saúde da população em seu território de abrangência, seus

⁶ Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional; Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (BRASIL, 2019).

procedimentos não esgotam as necessidades dos usuários do SUS (BRASIL, 2020f). Enquanto a primeira tem o papel de ser o eixo coordenador do cuidado, a Atenção Especializada deve garantir o cumprimento da integralidade da assistência caso for necessário. A ampliação do acesso à APS, preconizada pelo Programa Previne Brasil deve estar articulada à rede de média e alta complexidade de forma pactuada e integrada regionalmente. A Atenção Especializada contempla os serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade, nos formatos ambulatoriais e hospitalares. Contemplam uma parcela considerável dos gastos com saúde, e necessitam, em muitos casos, de aparatos tecnológicos complexos.

Mendes possui em sua Rede de Atenção à Saúde uma Atenção Especializada composta pela rede hospitalar e ambulatorial de média complexidade. Aqueles não executados no território, assim como os serviços de alta complexidade são referenciados a municípios da região Centro Sul ou próximos. As pactuações são realizadas em Câmaras Técnicas e na CIR Centro Sul, por meio de consórcios e convênios. A atenção ambulatorial municipal é constituída pelos seguintes serviços: policlínica de especialidades; Centro Municipal de Fisioterapia e Reabilitação e Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (CASMCA).

A Atenção hospitalar de Mendes é constituída por uma unidade de saúde, o Hospital Municipal Santa Maria (HMSM) localizado na região central do município. O município possui habilitação de um Hospital Municipal, denominado Hospital Municipal Santa Maria (HMSM). Este possui 14 leitos clínicos, 01 leito cirúrgico e 02 leitos de saúde mental (LSM). Atendendo às necessidades referentes à emergência de saúde pública, advinda da Pandemia pelo *Coronavirus Deasease* (COVID-19), o município, por meio de incentivos federais, habilitou leitos de enfermaria para o tratamento dos usuários acometidos pela doença.

A unidade não dispõe de leitos de alta complexidade. Para garantir o acesso aos municípios, o município possui convênios pactuados na Comissão Intergestores Regional (CIR Centro Sul) para referenciamento. O mesmo ocorre em relação às parturientes. Por não ter disponível uma maternidade municipal, as usuárias são referenciadas para municípios da região.

Em suas dependências está instalado um ambulatório que oferta atendimentos especializados de: cardiologia, ortopedia, cirurgia vascular, pneumologia, pediatria, endocrinologia e exames de diagnóstico por imagens (doppler, ultrassonografias e

radiografias). O laboratório municipal, instalado no prédio anexo ao hospital (Policlínica Municipal), atende ao setor de internação da unidade e o pronto-socorro.

Localizada no prédio anexo do Hospital Municipal Santa Maria (HMSM), a policlínica é parte integrante da rede ambulatorial e oferece atendimentos especializados médicos e multiprofissionais.

A unidade abriga ainda o Programa Municipal de Hipertensão e Diabetes, responsável pela dispensação de glicosímetros e fitas glicêmicas aos usuários insulínodépendentes em acompanhamento médico. Nas suas instalações está localizado o laboratório municipal de análises clínicas, que atende ao HMSM. As especialidades ofertadas na unidade são: dermatologia, oftalmologia, angiologia, clínica médica, gastroenterologia, nutrição, fonoaudiologia, odontologia. Executa ainda alguns procedimentos, a seguir: eletrocardiograma, glicemia capilar, aferição de pressão arterial, curativos simples e com desbridamento.

Enquanto atenção especializada de Mendes, o Centro Municipal de Fisioterapia e Reabilitação oferta os serviços de fisioterapia respiratória e motora, hidroterapia, massoterapia, acupuntura (MTC), fonoaudiologia e fisioterapia domiciliar. Conta ainda com o serviço de transporte para usuários com limitações motoras, mas com capacidade física de realizar o tratamento na sede do ambulatório. O serviço é agendado durante o primeiro atendimento, caso haja necessidade.

Os atendimentos em fisioterapia respiratória e motora, massoterapia e fonoaudiologia não são realizados por demanda espontânea. Por ser de cunho especializado, demanda encaminhamento referenciado. No entanto, os agendamentos são realizados na própria unidade, pelo usuário. As agendas não são disponibilizadas à Atenção Primária à Saúde para gerenciamento das vagas via Sistema de Regulação Municipal (SISREG), como ocorre com a grande maioria dos serviços ofertados no município. Já os tratamentos com sessões de hidroterapia e acupuntura são destinados aos pacientes já frequentadores da unidade, referenciados pela equipe local em casos específicos.

O serviço de fisioterapia domiciliar esteve interrompido por um longo período, devido à escassez de profissionais no quadro da unidade e de veículos de transporte. Entretanto, em fevereiro de 2021, os atendimentos foram resgatados, sendo priorizados os usuários acamados em fila de espera.

O Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (CASMCA), mais conhecido no município como Casa da Mulher, é sede da Coordenação do Programa Municipal de Atenção à Saúde da Mulher e Materno-Infantil e da Coordenação Municipal do Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS), no que diz respeito aos serviços ambulatoriais. O primeiro programa é constituído das ações de saúde relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, onde está localizado o ambulatório de ginecologia e a Rede Cegonha, que tem por objetivo oferecer assistência em planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério, e assistência à criança nos dois primeiros anos de vida. A unidade garante o atendimento a todas as gestantes de alto risco, munícipes de Mendes.

Já o programa IST/AIDS se refere às ações operacionais de assistência à população, como: infectologia, acompanhamento supervisionado dos tratamentos de tuberculose e hanseníase, oferta de testes rápidos de hepatites virais, sífilis e HIV, dispensação de medicamentos do programa e assistência em saúde mental para os usuários.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Mendes oferta dos seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial Hugo Pedroso (CAPS I), Residência Terapêutica e o Ambulatório Ampliado em Saúde Mental. O município possui ainda dois leitos de internação em Saúde Mental (LSM), localizados nas dependências do hospital municipal.

Mendes, por ser um município de pequeno porte, não dispõe em seu território equipamentos de saúde de alta complexidade, que demandam tecnologias robustas e alto custo financeiro. Para prover o acesso a esses procedimentos não oferecidos no território municipal, e garantir a integralidade das ações de saúde aos munícipes, são admitidos pela gestão municipal critérios de organização dessas ações sob o princípio da “regionalização” da assistência, onde são constituídas parcerias entre municípios vizinhos por meio da Pactuação Programada e Integrada (PPI).

A PPI alinha as ações de assistência ambulatorial e hospitalar, sendo um instrumento de alocação dos recursos estabelecidos nas três esferas de governo. Mediada pela gestão estadual, ela contempla as responsabilidades de cada ente municipal em relação às atividades a serem ofertadas aos seus munícipes, sendo ele executor, quando dispõe de determinado serviço em seu território, ou encaminhador, nos casos onde se faz necessário o encaminhamento de seus usuários a outro município (BRASIL, 2020b).

Este instrumento pode ser utilizado como propagador dos espaços de implementação das PICS na rede regionalizada, de forma a promover o espaço dessas práticas para além do

território municipal. Em um momento pós implantação das PICS em Mendes, será interessante que a gestão insira as PICS nos espaços de pactuação e negociação nas câmaras técnicas e na CIR Centro Sul Fluminense, de modo a gerar maior visibilidade regionalmente e fortalecer suas ações no município.

5.1.1.5 Mapeamento das PICS na Rede de Atenção à Saúde de Mendes-RJ

Como mencionado anteriormente, o município vivencia um processo de implantação das PICS ainda incipiente e desestruturado. São identificados pontos de oferta de algumas modalidades na rede municipal de saúde, sustentadas quase que na totalidade dos casos, pelos profissionais que as executam, não havendo apoio da gestão no seu desempenho. Sendo assim, não há pactuações de oferta, fluxogramas de referência, comprometimento com os registros nos devidos sistemas de informação e, por consequência, alguma forma de monitoramento e avaliação.

As poucas exceções de oferta de PICS estão distribuídas em diferentes pontos da rede de saúde municipal, como a AB, via ESF e Nasf-AB, Atenção Psicossocial no serviço municipal de Fisioterapia e Reabilitação.

Essas informações são similares às encontradas no estudo de Ssousa e Tesser (2017), onde foi identificado que a inserção das PICS pode ocorrer em dois ou mais pontos da rede, como equipes de saúde da família, equipes matriciadoras e ambulatórios especializados.

De acordo com as informações obtidas nos Sistemas de Informação em Saúde e nas bases de dados locais, são ofertadas as seguintes modalidades de PICS no município: auriculoterapia, acupuntura, arteterapia e musicoterapia (Quadro 11).

Quadro 11 - Oferta de Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção à Saúde do município de Mendes-RJ

Serviço de Saúde	Modalidades Ofertadas	Acesso	Público-Alvo	Identificação das PICS no CNES
CAPS (Saúde Mental)	Arteterapia Musicoterapia	Restrita aos usuários em tratamento no setor.	Usuários internos.	Serviço de PICS (código 134)
Centro Municipal de Fisioterapia	Acupuntura	Encaminhamento interno (equipe local).	Usuários internos.	Acupuntura (código 134-001)
ESF	Auriculoterapia	Encaminhamento externo (ambulatório de especialidades e saúde mental); Encaminhamento interno (equipe local).	Usuários cadastrados nas eSF das unidades que ofertam o serviço.	Serviço de PICS (código 134) apenas na UBS Centro; Práticas corporalmente (código 134-004) apenas PSF Centro.
Nasf-AB	Auriculoterapia Acupuntura	Encaminhamento realizado pelas equipes de Saúde da Família (eSF) Programa de Tratamento do Tabagismo.	*Usuários cadastrados em todas as eSF do município; *Profissionais de saúde; *Usuários participantes do Programa de Tratamento do Tabagismo, residentes em outras áreas adscritas.	Serviço de PICS (código 134) apenas na PSF Centro; Práticas corporalmente (código 134-004) apenas PSF Centro.

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da Prefeitura Municipal de Mendes (2021).

Verifica-se a presença das PICS no âmbito da ESF, ratificando os resultados de pesquisas de abrangência nacional, que confirmam a AB como principal local de inserção das práticas (BARBOSA *et al.*, 2020). No entanto, nota-se a ausência de regularidade no planejamento dessas ações, não sendo reconhecidas pela gestão e profissionais das equipes enquanto parte do rol de atividades da ESF, sendo aplicadas, na maioria das vezes, durante os atendimentos de rotina, de forma eventual.

Os serviços de atenção secundária (fisioterapia e o CAPS) são os que mais desenvolvem as PICS no território municipal, tanto em relação à produtividade, quanto à regularidade de oferta. Estudos tem observados uma tendência, ainda que tímida, de sua utilização na atenção especializada (RUELA *et al.*, 2019).

Um fator que deve ser destacado é o acesso desigual ofertado aos municípios em relação aos tratamentos com PICS. Na AB, apenas três, de um total de 12 UBS (25%) ofertam PICS. E dessas, somente uma unidade apresenta alguma regularidade na oferta. Apenas

usuários cadastrados nos respectivos territórios têm oportunidade de usufruir das atividades, sendo restrito aos demais.

Segundo dados do Relatório de Monitoramento das PICS no Brasil (BRASIL, 2020f), notou-se que um dos procedimentos mais ofertados foi a sessão de acupuntura com inserção de agulhas, entre os anos de 2017 a 2019, e, neste último, a sessão de auriculoterapia foi a prática mais ofertada entre os procedimentos. Entre os procedimentos de atenção básica e de média e alta complexidade (MAC), a modalidade foi a mais ofertada em 2019 no Brasil (BRASIL, 2020f). Estas informações são similares aos dados municipais, onde a acupuntura e a auriculoterapia são práticas mais ofertadas na RAS.

Esses números podem estar associados ao quantitativo de profissionais capacitados nesta prática a partir da organização do curso pela secretaria municipal de saúde, em 2019, assim como pelos profissionais capacitados em 2017 e 2018 pelo Ministério da Saúde em parceria com Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Aproximadamente 10 mil profissionais da AB foram certificados em auriculoterapia entre os anos de 2016 e 2019 (BRASIL, 2020f). Em Mendes, está prática conta com o maior número de profissionais com formação na modalidade (13 profissionais).

A oferta de acupuntura pode estar relacionada ao seu processo histórico de inserção em meio a hegemonia biomédica, sua ampla visibilidade nacional e pela legitimação da sua prática no escopo no SUS, por meio da publicação de diversos documentos normativos, muitos publicados antes da PNPIC.

No município, as PICS são ofertadas de forma complementar aos tratamentos convencionais já realizados, e não como prática isolada. Os atendimentos ocorrem de forma heterogênea; existem unidades que reservam horário específico para PICS e outras as diluem nos atendimentos de rotina.

Um estudo sobre a inserção das MTC no Brasil (SOUSA; TESSER, 2017) citou 4 formas de inserção das PICS no SUS, que pode ocorrer de forma isolada ou em conjunto: 1-via ESF (profissionais híbridos); 2-via profissional exclusivo; 3-via equipe matricial (Nasf-AB) e; 4-inserção das PICS em unidades especializadas. Em Mendes apenas não foi identificada a segunda modalidade.

Em Mendes, o acesso às PICS na AB se dá de duas maneiras: a primeira, no âmbito da ESF, pelos profissionais de saúde das equipes; a segunda, por meio da equipe Nasf-AB. Nas UBS, a oferta ocorre de forma compartilhada ao atendimento de rotina. Foi observado em

alguns casos a disponibilização de horários específicos de atendimento de auriculoterapia, mas sem pactuação com a gestão local, dando um caráter de fragilidade à oferta. O acesso ocorre por demanda espontânea, mas a maior parte se dá por encaminhamentos realizados internamente, pela própria equipe, ou advindos da rede especializada, como o setor de fisioterapia e do ambulatório de saúde mental.

Uma outra via de acesso às PICS no âmbito da saúde da família, se dá pelo apoio matricial e por meio de atendimentos individualizados ou compartilhados, realizados pela equipe Nasf-AB, inserida em toda a área de cobertura das ESF. Dos cinco profissionais que compõem a equipe, três são capacitados em PICS, e destes, dois ofertam as práticas, de forma individual, via encaminhamento das eSF, e discutidos nas reuniões mensais de matriciamento, e coletiva, nos grupos de educação em saúde desenvolvidos nas unidades.

Atualmente, a equipe oferta a auriculoterapia aos usuários inscritos no programa de tratamento do tabagismo, como forma complementar às terapias medicamentosas realizadas. A equipe realiza, ainda, atendimentos individuais e coletivos de promoção à saúde voltados aos trabalhadores, servidores ativos da RAS municipal, principalmente da AB, e dentre as atividades desenvolvidas está também a acupuntura, que começou a ser ofertada em fevereiro de 2022.

Evidências indicam que a acupuntura proporciona a liberação de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pela promoção da analgesia. Enquanto a auriculoterapia promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo. As duas práticas vêm apresentando efeitos positivos na cessação do tabagismo de maneira global, mostrando-se como aliadas quando combinadas com outras terapêuticas (SILVA; SILVA; BARRETO, 2018).

Na Tabela 2 são descritos o número de atendimentos de auriculoterapia realizados na AB (ESF e Nasf-AB) nos anos de 2020, 2021 e de janeiro a março de 2022, assim como os atendimentos de acupuntura ofertados pela equipe Nasf-AB nos primeiros três meses de 2022 (considerar que a oferta de acupuntura teve seu início em meados de fevereiro de 2022).

Tabela 2 - Produção em PICS na Atenção Básica: Acupuntura e Auriculoterapia (2020-2022)

Equipes	Modalidade de PICS			
	Auriculoterapia			Acupuntura
	2020	2021	2022*	2022*
eSF	207	36	56	0
Nasf-AB	196	148	48	15
Total	403	184	104	15

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados da Secretaria Municipal de Saúde de Mendes-RJ.

*As produções em 2022 dizem respeito ao período compreendido entre janeiro a março de 2022.

A inserção das PICS em ambulatórios especializados, ocorre em dois contextos distintos: o primeiro, no Centro Municipal de Fisioterapia e Reabilitação e, o segundo, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No Centro Municipal de Fisioterapia, é ofertada a acupuntura. Não há porta de entrada aberta no setor. A prática é destinada apenas aos usuários em tratamento no setor, encaminhados internamente. Possivelmente a restrição quanto ao número de atendimentos ocorra por falta de estrutura física e de recursos humanos, tendo em vista a inexistência de consultórios exclusivos disponíveis, tampouco profissionais habilitados com carga horária disponível.

Atualmente, o serviço é disponibilizado em um turno de 4 horas semanais, e o setor possui apenas um profissional qualificado, que divide sua carga horária entre as PICS e os atendimentos de fisioterapia convencionais. São oferecidas sessões de acupuntura sistêmica, com ventosa, moxa e laser puntura.

De acordo com as informações do setor de Fisioterapia e Reabilitação, em 2021 foram realizadas 210 sessões de acupuntura. Os relatórios de produção do setor são gerados no SIASUS, por meio da alimentação do BPA.

Um outro setor que merece destaque em relação à oferta das PICS no município é a Saúde Mental. Sua rede de atenção é composta por quatro serviços distintos: Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS), Residência Terapêutica, Ambulatório de Saúde Mental e, no âmbito hospitalar, possui reserva de leitos específicos. Destes setores, o Centro de Atenção Psicossocial Hugo de Carvalho Pedrosa – CAPS-I, desenvolve atividades relacionadas às PICS. As modalidades ofertadas são: arteterapia e musicoterapia.

De acordo com as informações obtidas nos relatórios de produtividade da gestão local, em 2021 a produção em PICS da RAPS, mais precisamente no CAPS foi de 145 atividades, sendo 110 sessões de arteterapia e 35 sessões de musicoterapia, todas realizadas de forma coletiva.

As atividades são ofertadas aos usuários frequentadores do serviço, não sendo extensivo à população em geral, assim como ocorre na Fisioterapia. Durante o primeiro ano de pandemia por COVID-19, 2020, as atividades foram suspensas, sendo tomadas como medidas preventivas à transmissão do vírus. Em 2021, apesar dos altos índices de transmissão da doença, as atividades foram retomadas no segundo semestre com restrições sanitárias, apresentando limitações quanto ao número de participantes.

A PNPIC proporcionou a inclusão de variáveis de monitoramento nos Sistemas de Informação em Saúde capazes de acompanhar o desenvolvimento das PICS no âmbito do SUS, por meio do registro das atividades realizadas nos serviços de saúde, efetuados nos sistemas a seguir: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020g).

Os dados do SISAB dados estão disponíveis no e-Gestor AB, plataforma de acesso aos sistemas de informação da Atenção Básica, onde são gerados diversos relatórios, inclusive os do SISAB. Seu registro pode ser realizado tanto via Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), em locais informatizados, quanto pelas fichas de coleta de dados simplificada (CDS). As atividades são registradas como atendimentos individuais, procedimentos e atividades coletivas.

O SIA, implantado no Brasil em 1991, permite a avaliação da produção dos serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2013a). Nele são registradas as atividades em PICS exercidas no âmbito da Média e Alta Complexidade (MAC), tanto de procedimentos individuais quanto coletivos. Seu registro pode ser realizado pelo Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I) e Consolidado (BPA-C), Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC) e Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

O CNES, instituído por meio da Portaria SAS/MS nº 376, de 03 de outubro de 2000, disponibiliza os dados dos estabelecimentos de saúde nas três esferas (federal, estadual e municipal) em relação às condições de infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e serviços prestados. Nele constam as informações sobre os estabelecimentos e os profissionais

que ofertam PICS no SUS, e para isso, utiliza-se o código de serviço especializado de PICS - 134 (BRASIL, 2020g).

Foi evidenciado, a partir de dados extraídos do CNES, que apenas algumas unidades de saúde da RAS que ofertam ao menos uma modalidade de PICS estavam cadastradas com o código 134 (serviço especializado de PICS), o que demonstra a informalidade no desenvolvimento dessas práticas no âmbito municipal. Este cenário não se distancia do observado em todo o território nacional. Esta subnotificação dificulta o monitoramento e avaliação das PICS e, conseqüentemente, o planejamento da implantação e implementação das PICS no território (BRASIL, 2020f).

Sobre a qualidade dos registros de produção das atividades de saúde realizadas na RAS, foram observadas inconsistências em todos os serviços que ofertam PICS. Quanto aos dados consultados no CNES, dos serviços que ofertam PICS, apenas o CAPS e a UBS Centro informam sobre atendimentos em PICS em seus cadastros, e ainda assim de forma equivocada, pois registraram as atividades de “acupuntura”, sendo que a unidade não realiza esta atividade, a UBS Centro incluiu apenas o item “prática corpo e mente”.

Além disso, algumas modalidades, a exemplo da acupuntura, são registradas como procedimentos de financiamento da Média e Alta complexidade (MAC) no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), como procedimentos clínicos/ terapias especializadas, o que pode também interferir na qualidade dos relatórios de produção da Atenção Básica. Estudos sobre a oferta de PICS descrevem diversas falhas no registro de informações das produções em PICS no SIA e no CNES (SANTOS *et al.*, 2009; SOUSA *et al.*, 2012; LIMA; SILVA; TESSER, 2013).

A má qualidade dos registros é um dos principais desafios da gestão do ponto de vista do monitoramento e avaliação (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008; BRASIL, 2011b). Relatórios não condizentes com a realidade acarretam em tomadas de decisão desacertadas. É fundamental que a gestão local invista na informatização de todos os serviços de saúde de modo que as informações consigam ser transmitidas efetivamente aos sistemas de informação do SUS.

Em relação à produtividade, as informações podem ser divergentes da realidade, tendo em vista a fragilidade no registro das atividades e alimentação dos sistemas de informação. Até o momento o município não tem, na totalidade da RAS, o sistema de Prontuário

Eletrônico do Cidadão (PEC), estando ainda em fase de informatização das UBS e adesão ao PEC.

Na AB, apenas três, das doze UBS já utilizam o prontuário eletrônico online; o restante utiliza a modalidade Coleta de Dados Simplificada (CDS). Com exceção da ESF, a RAS realiza seus registros de produção manualmente, e a alimentação dos sistemas de informação são realizadas de maneira centralizada.

Entre as produções da ESF e do Nasf-AB foram observadas constantes inconsistências, informações registradas ora de maneira equivocada, ora de forma incompleta, e relatórios possivelmente não condizentes com a realidade. As principais inconsistências encontradas nos registros da AB foram:

1. Preenchimento incompleto das fichas de atendimento do PEC/CDS (preenchimento apenas da ficha de atendimento individual ou de procedimento (o atendimento individual não exclui, necessariamente um procedimento));
2. Informações obrigatórias não referidas. Ex.: Cartão Nacional do SUS (CNS) desatualizado ou inexistente ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) não preenchido, na ausência do CNS;
3. Não identificação da racionalidade em saúde, contido na ficha de atendimento individual. Existe um item direcionado às PICS (Se usou alguma PIC, indicar qual), que deve ser preenchido com a modalidade realizada;
4. Registro incorreto no BPA sobre o tipo de sessão de acupuntura oferecido (sessão de acupuntura com aplicação de ventosas; sessão de acupuntura com moxabustão). Foi observada a troca dos códigos no preenchimento da planilha, tendo em vista que não há disponibilidade de ventosas para aplicação nas sessões de acupuntura e foram encontrados registros com o código deste procedimento.

O setor de Fisioterapia e Reabilitação registra todas as suas atividades no BPA-I e BPA-C. Entretanto, as informações se encontram incompletas. Devido a um lapso de alimentação do sistema local, os registros não estão sendo realizados de forma regular. O controle das produções está temporariamente sendo realizada manualmente, considerando que o profissional responsável pela digitação das atividades desligou-se do cargo. Somando-se a isso, o computador utilizado para este fim está em manutenção.

A Saúde Mental de Mendes registra todas as atividades executadas, tanto no CAPS quanto nos demais serviços, por meio da emissão de três instrumentos sistematizados do

Ministério da Saúde: BPA-C, BPA-I e do RAAS. As informações são alimentadas de forma descentralizada (por unidade), de acordo com as informações da secretaria municipal de saúde. Entretanto, não foram encontrados os registros das atividades de PICS em nenhum dos sistemas de informação.

Os dados informados neste estudo foram obtidos diretamente com a coordenação do setor. Este fato foi observado de forma semelhante em estudo sobre avaliação dos registros no CAPS (SILVA; CAMARGO; BEZERRA, 2017), onde, além da ausência de registro de diversos procedimentos, muitos são realizados de forma equivocada, gerando subnotificações.

O mesmo estudo ainda relata dois fatos comuns ao município de Mendes: manutenção da estrutura dos serviços ineficiente e equipamentos de informática insuficiente e alguns em estado precário; a impossibilidade de registro das atividades por alguns profissionais em serviços específicos, como o Centro de Fisioterapia e o CAPS, por não terem suas ocupações (CBO) incluídas no escopo de profissionais, como por exemplo o educador físico (SILVA; CAMARGO; BEZERRA, 2017).

Os registros feitos na RAS de Mendes, em sua grande maioria, ainda são realizados manualmente, em formato impresso. É cada vez mais evidente o avanço dos Registros Eletrônicos em Saúde no âmbito do SUS. No entanto, a realidade em muitos municípios, especialmente os de pequeno porte, como Mendes, os recursos humanos por vezes não acompanham a modernização dos registros eletrônicos. Associado a isto, a ausência ou escassez de capacitações em serviço voltados para o processo de informatização acarreta em má qualidade dos dados, e “retrabalho”, realidade da RAS municipal, caracterizado pela digitação após a coleta de dados em fichas escritas (SANTOS *et al.*, 2017).

Cabe lembrar que o acesso não se restringe à disponibilidade de oferta, sendo fundamental a sua divulgação, que deve ser entendida como prioridade no processo de implantação das PICS no município. Foi observada a inexistência de divulgação das PICS desenvolvidas na rede, com exceção parcial do CAPS, que divulga suas atividades em sua rede social, apesar de não as citar expressamente como PICS.

Todas as atividades ofertadas na RAS devem ter a devida publicidade, seja nas mídias institucionais, como sítios eletrônicos, redes sociais oficiais e rádio/televisão (se for o caso), seja nas próprias unidades de saúde, em local visível aos usuários. Entre outras formas de divulgação estão os impressos (folders) e vídeos institucionais.

Tão importante quanto informar os serviços ofertados, é informar sobre os serviços ofertados, como suas características, seus benefícios, público-alvo. As PICS, enquanto Medicinas Tracionais, Complementares e Integrativas (MTCI) são pouco divulgadas, e conseqüentemente pouco conhecidas pela população, apesar dos avanços nitidamente percebidos ao longo das últimas décadas.

5.1.1.6 O Plano de Saúde do município de Mendes: vigência 2022-2025

Considerando o potencial das PICS de atuação nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial na Atenção Básica, é fundamental que os municípios integrem os objetivos e diretrizes da PNPIC ao processo de planejamento, incluindo ações e serviços de saúde de PICS nos instrumentos de planejamento do SUS.

O Plano de Saúde constitui um instrumento de planejamento governamental, que tem como objetivo sistematizar um conjunto de propostas de ações, relacionadas às especificidades e necessidades de saúde da população local. É constituído com base nas proposições aprovadas nas Conferências Municipais de Saúde. Após confeccionado, deve ainda passar pela apreciação e aprovação do respectivo Conselho Municipal de Saúde e ser disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (DigiSUS) para que tenha efeito institucional (BRASIL, 2020b).

O atual Plano de Saúde (PS) do município de Mendes (PREFEITURA MUNICIPAL DE MENDES, 2021), foi formulado considerando três eixos estratégicos, seguindo o modelo proposto pelo último Plano Nacional de Saúde. Nele são apresentadas as diretrizes, objetivos e metas priorizadas pelo do governo municipal, formuladas coletivamente pelos profissionais de saúde da rede, e posteriormente discutidas e aprovadas na última Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu em julho de 2021.

Cada eixo é desdobrado em diretrizes. Estas, por sua vez, são subdivididas em objetivos, e destes são propostas metas, dispostas anualmente, em percentuais. O plano prevê ainda os responsáveis por cada uma das metas pactuadas, e os respectivos prazos. Posteriormente, o Plano de Saúde servirá de base para a construção dos demais instrumentos de gestão do setor saúde, como a Programação Anual em Saúde (PAS), os Relatórios

Quadrimestrais e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O Quadro 12, a seguir foi adaptado do Plano de Saúde de Mendes (2022-2025), com um resumo das pactuações dos eixos e diretrizes das ações em saúde aprovadas para os próximos quatro anos.

Quadro 12 - Resumo do Plano de Saúde (PS) de Mendes-RJ (2022-2025) em Eixos e Diretrizes

PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MENDES (2022-2025)			
EIXOS	DIRETRIZES	Nº de Objetivos	Nº de Metas
Melhoria da Qualidade e da Assistência no Atendimento das Especialidades	Garantir o acesso das informações em Vigilância em Saúde	02	03
	Garantir a redução dos efeitos pós-covid na população mendense.	01	03
	Melhorar, Qualificar e Ampliar a Assistência Farmacêutica.	01	05
Melhoria da Qualidade e do Acesso aos Serviços de Saúde	Ampliar e Qualificar o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) em todos os níveis de complexidade a fim de garantir o cumprimento dos princípios do SUS de Universalidade, Equidade e Integralidade da Assistência.	26	95
	Fomentar a Prevenção, Promoção e o Tratamento das Doenças Advindas por Hábitos de vida.	09	25
	Aprimorar as redes de atenção, contemplando os vários ciclos de vida e considerando as questões de gênero e das populações em vulnerabilidade social	01	05
	Promover e Ampliar os espaços de educação Permanente com vistas a Qualificação da Gestão e da Assistência na Saúde Municipal	05	26
Gestão do Trabalho e Controle Social	Qualificar à equipe e o processo de trabalho	02	05
	Ampliar as discussões a respeito da educação em saúde e dos processos de trabalho em saúde.	02	04

Fonte: Elaboração própria com base em Prefeitura Municipal de Mendes (2021).

Como novidade do atual Plano de Saúde, pela primeira vez em Mendes, foram inseridas ações prioritárias de saúde relacionadas às PICS, conforme orientado no Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os Gestores do SUS (BRASIL, 2020c). Após reuniões coletivas de discussão e pactuação das diretrizes, objetivos e metas municipais de saúde entre os trabalhadores, e, a posterior aprovação na última Conferência Municipal de Saúde, em 2021, foi incluído o objetivo de “Implantar o serviço de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica”, sendo ele desdobrado em quatro metas, a

serem executadas em um período total de quatro anos, como pode ser observado no Quadro 13.

Quadro 13 - Plano de Saúde (PS) de Mendes: inclusão das atividades em PICS entre seus objetivos e metas pactuadas

PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MENDES (2022-2025)						
EIXO: Melhoria da Qualidade e do Acesso aos Serviços de Saúde.						
Diretriz: Ampliar e qualificar o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS) em todos os níveis de complexidade, a fim de garantir o cumprimento dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade da assistência.						
Objetivo: Implantar o serviço de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica.						
METAS	2022	2023	2024	2025	Responsável	
Expandir o atendimento em auriculoterapia para 100% das unidades básicas de saúde (UBS).	25%	50%	75%	95%	Coordenação da AB	
Ofertar acupuntura em pelo menos duas unidades básicas de saúde (UBS).	1	1	-	-	Coordenação da AB	
Implantar o Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares.	-	100%	-	-	Coordenações da AB e Nasf-AB	
Promover uma capacitação anual em auriculoterapia para os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).	1	1	1	1	Coordenações da AB e Nasf-AB	

Fonte: Elaboração própria com base em Prefeitura Municipal de Mendes (2021).

Tal conquista é fruto, em grande parte, da perseverança dos profissionais de saúde que ofertam as PICS na rede municipal, e, em meio às diferentes dificuldades impostas, como a falta de consultórios e insumos, o atual estado de sobrecarga de trabalho, a ausência de incentivos de todos os tipos, principalmente oriundos da gestão local, consegue, mesmo que ainda de forma incipiente, dar certa identidade às PICS em seu local de atuação.

[...] para haja a concretização da PNPIC, nas esferas estaduais e municipais, faz-se necessário que as Políticas de PICS estaduais e municipais, integrem parte dos conteúdos do Plano de Saúde, assim como das Programações Anuais de Saúde e da Prestação de Conta Quadrimestral, tornando as diretrizes dessa política reputada e concreta nos instrumentos de planejamento e orçamento público (BRASIL, 2020b, p. 14).

Implantar o serviço de PICS no município demanda muito mais que quatro metas em um Plano de Saúde, mas foi o suficiente para dar início ao processo, iniciado com a inclusão de pautas relacionadas ao tema na Conferência Municipal de Saúde, ponto característico do Planejamento Ascendente Participativo. Recomenda-se a elaboração e publicação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares nos Municípios (PMPIC), norteadas pela política nacional, de forma estabelecer o serviço de acordo com características e necessidades locais.

5.1.2 Análise dos resultados do questionário eletrônico (*web survey*)

Entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022 foi aplicado um questionário eletrônico (*web survey*) aos profissionais da RAS do município de Mendes. Ao todo, foram enviados 120 convites por e-mail, sendo obtidas 76 respostas. Para obter acesso aos endereços eletrônicos dos profissionais de saúde, foi solicitado, via ofício, aos coordenadores de cada serviço, a listagem em questão.

No primeiro momento, nem todas as coordenações enviaram a listagem completa dos profissionais, e em alguns casos, foram inseridos na listagem endereços eletrônicos de profissionais lotados nas unidades, mas que não eram da área de saúde, como assistentes administrativos e auxiliares de serviços gerais. Optou-se por mantê-los, tendo em vista que as PICS são, em sua maioria, atividades livres, podendo ser desenvolvidas por profissionais de outras áreas.

Após envio dos endereços eletrônicos pelas coordenações locais, obteve-se um total de 120 e-mails encaminhados aos profissionais com o questionário eletrônico. No período estipulado inicialmente (03/01/2022 a 23/01/2022) responderam 58 pessoas. Uma nova tentativa foi realizada, sendo reenviado no dia 24/01/2022 o questionário eletrônico aos e-

mails dos profissionais que constavam na listagem recebida. Houve um acréscimo de 5 respostas, e um total de 63 pessoas, verificado no dia 06/02/2022.

Com vistas a sensibilizar as coordenações sobre a importância do questionário, foi realizado contato com os mesmos para enfatizar a importância do questionário para o diagnóstico local das PICS, sendo solicitado aos coordenadores que estimulassem seus colaboradores a responder a *web survey*. Foi concedido um novo prazo de resposta (entre os dias 07 e 18/01/2022) para que fosse possível, então, encerrar a fase de recebimento de respostas. Como resultado, houve um acréscimo de 13 respostas, chegando ao total de 76 participantes.

O questionário eletrônico foi precedido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao final deste, o participante aceitava ou não responder o questionário. Caso a resposta fosse negativa, automaticamente a mensagem é encerrada. Caso fosse positiva, automaticamente o questionário era aberto.

A primeira parte do questionário, tratou dos dados gerais do participante, como gênero, faixa etária e cor. Em seguida, foram solicitadas informações acerca da escolaridade e profissão, assim como tempo de formação e local de atuação na RAS. Por último, estavam as perguntas que abarcavam informações sobre as PICS, em relação ao conhecimento dos profissionais participantes, a existência de oferta, seu formato de inserção, processo de trabalho e as limitações x potenciais de implementação.

Os dados extraídos do questionário, em relação ao sexo dos respondentes, corroboram com o fenômeno de feminização da força de trabalho do setor saúde, onde majoritariamente, as mulheres são maioria entre os ocupantes de cargos na área (WERMELINGER *et al.*, 2010).

Tabela 3: Perfil dos respondentes segundo sexo e faixa etária

Sexo	Faixa etária													
	18 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		61 +		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulher	2	00	6	94,1	23	88,5	2	80	9	75	1	25	63	82,9
Homem	0	0		5,9	3	11,5	3	20	3	25	3	75	13	17,1
Total	2	2,6	17	22,4	26	34,2	5	19,7	12	15,8	4	5,3	76	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Quanto à faixa etária, notou-se a predominância de pessoas com idades entre 31 e 40 anos, também predominante no sexo feminino, com um total de 26 respostas (34,2%). Em seguida, as faixas compreendidas entre 21 e 30 anos com 17 (22,4%), e 41 a 50 anos com 15 respostas (19,7%). Em relação à cor/raça dos participantes, 49 se auto referiram como brancos (64,5%), 17 como pardos (22,4%) e 10 como negros (13,1%). Não houve respostas para amarela ou indígena. Resumidamente, o foi observado um predomínio de mulheres com idades entre 31 a 40 anos, entre os respondentes.

Tabela 4 - Perfil dos respondentes segundo sexo e cor

sexo	Idade							
	Branco(a)		Preto(a)		Pardo(a)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulher	42	85,7	8	80	13	76,5	63	82,9
Homem	7	14,3	2	20	4	23,5	13	17,1
Total	49	64,5	10	13,1	17	22,4	76	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

O nível de escolaridade mais citado entre os participantes do estudo foi a pós-graduação, num total de 32 respostas (42,1%). Em seguida, o ensino médio completo, com 18

respostas (23,7%). Somando as respostas dos participantes com nível superior completo (13 respostas), pós-graduação (32) e mestrado (3), totalizam-se 48 profissionais com, no mínimo, ensino superior completo (63,1%). Não foram recebidas respostas de participantes de ensino fundamental, doutorado e pós-doutorado. A partir desses números, nota-se que grande parte dos respondentes investiu em pós-graduações, principalmente as especializações do tipo *lato sensu* na área de saúde, sendo verificado o mesmo em estudos anteriores (ZANETTI *et al.*, 2010; MARSIGLIA, 2011; AMARAL, 2013; BRITO *et al.*, 2017).

Tabela 5 - Perfil dos respondentes segundo sexo e escolaridade

sexo	Idade											
	Ensino Médio (c) ¹		Ensino Superior (i) ²		Ensino Superior © ³		Pós-graduação		Mestrado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulher	13	72,2	10	100	8	61,5	29	90,6	3	100	63	82,9
Homem	5	27,8	0	0	5	38,5	3	9,4	0	0	13	17,1
Total	18	23,7	10	13,1	13	17,1	32	42,1	3	4,0	76	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Entre os profissionais de nível superior, a enfermagem foi a mais encontrada (18,4%), seguido da odontologia (11,8%). O Agente Comunitário de Saúde (ACS), com 15 respostas (19%) e técnicos de enfermagem, com 12 respostas (15,8%) estão entre as mais evidentes profissões de nível médio, sendo o ACS a ocupação com maior número de respondentes no geral. Cabe informar que as respostas foram obtidas de 13 profissões diferentes, sendo, além dos mencionados acima: fisioterapia (03), serviço social (01), psicologia (6), farmácia (03), nutrição (01), assistência administrativa (7), medicina (02), terapia ocupacional (01).

Tabela 6 - Perfil dos respondentes segundo sexo e profissão

Profissão	Mulher		Homem		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%
ACS	10	15,9	5	38,5	15	19,8
Enfermeiro(a)	12	19	2	15,4	14	18,4
Técnico(a) de enfermagem	12	19	0	0	12	15,8
Dentista	8	12,7	1	7,7	9	11,8
Assistentes Administrativos	4	6,3	3	23	7	9,2
Psicólogo(a)	6	9,5	0	0	6	7,9
Fisioterapeuta	2	3,2	1	7,7	3	4
Farmacêutico(a)	3	4,8	0	0	3	4
Médico(a)	2	3,2	0	0	2	2,6
Estagiário(a) em psicologia	2	3,2	0	0	2	2,6
Assistente social	0	0	1	7,7	1	1,3
Nutricionista	1	1,6	0	0	1	1,3
Terapeuta Ocupacional	1	1,6	0	0	1	1,3
Total	63	100	13	100	76	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

O quesito “tempo de formação” refere-se, neste estudo, às profissões regulamentadas, que exigem ensino superior, ou ensino técnico profissionalizante. O cargo assistente administrativo não faz parte do grupo, tendo em vista que não é exigido curso específico para posse no cargo, assim como os estagiários de psicologia, que não são formados. No entanto, todos os 76 responderam à questão. Apesar de o *survey* ter sido direcionado aos profissionais de saúde, foi optado por manter suas respostas para análise, considerando que a maior parte das modalidades de PICS não exigem formação técnica profissionalizante, ou mesmo especialização, sendo a maioria oferecida sob o formato de cursos livres.

Tabela 7 - Perfil dos respondentes segundo tempo de formação, de atuação na RAS municipal e de atuação no local atual de trabalho

Sexo e tempo de formação										
Sexo	Idade									
	Menos de 1 ano		1 a 3 anos		4 a 6 anos		7 ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulher	4	80	9	90	8	72,7	42	84	63	82,9
Homem	1	20	1	10	3	27,3	8	16	13	17,1
Total	5	6,6	10	13,1	11	14,5	50	65,8	76	100
Sexo e tempo na rede de saúde municipal										
Sexo	Idade									
	Menos de 1 ano		1 a 3 anos		4 a 6 anos		7 ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulher	8	80	11	91,7	20	83,3	24	80	63	82,9
Homem	2	20	1	8,3	4	16,7	6	20	13	17,1
Total	10	13,1	12	15,8	24	31,6	30	39,5	76	100
Sexo e tempo de atuação no local atual de trabalho										
Sexo	Idade									
	Menos de 1 ano		1 a 3 anos		4 a 6 anos		7 ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mulher	11	84,6	16	94,1	20	76,9	16	80	63	82,9
Homem	2	15,4	1	5,9	6	23,1	4	20	13	17,1
Total	13	17,1	17	22,4	26	34,2	20	26,3	76	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

A maioria dos respondentes do questionário estão formados há pelo menos 7 anos (65,8%), são profissionais da rede municipal de saúde também há sete anos ou mais (39,5%) e exercem suas atividades no atual local de serviço entre 4 a 6 anos. Os dados sugerem um vínculo institucional, possivelmente devido aos últimos concursos públicos para a área da saúde, especialmente voltados para a AB, ocorridos no município nos anos de 2002, 2006 e 2016. Foram contabilizadas 12 participantes que possuem entre 1 e 3 anos de serviço na RAS

e 10 com menos de 1 ano na rede. Estes últimos, provavelmente são oriundos das trocas governamentais ocorridas no início do ano de 2021, que ocasionaram rodízio em alguns cargos.

O setor com o maior número de respostas foi a Estratégia Saúde da Família (49 respostas). Tal fato se explica por ser o serviço com maior número de profissionais atuantes na RAS. Em seguida, a vigilância em saúde (6 respostas) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Hugo de Carvalho (5 respostas), empatado com a equipe Nasf-AB. Estes, em termos proporcionais, foram os únicos a atingirem 100% de respostas, tendo em vista que a equipe é composta por cinco profissionais.

Em seguida está o Centro Municipal de Fisioterapia, com 4 respostas e o Centro de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (CASMCA), com 03 respostas. O setor de imunização obteve 1 resposta. Estas informações coincidem com os locais onde são desenvolvidas as PICS no município: AB (ESF e Nasf-AB), CAPS e Fisioterapia.

Tabela 8 - Perfil dos respondentes segundo sexo e setor de atuação

Local de Atuação	Mulher		Homem		Total Geral		Total por setor		
	N	%	N	%	N	%	M (%)	H (%)	%
ESF	38	60,3	11	84,6	49	64,5	77,5	22,5	100
Vigilância	6	9,5	0	0	6	7,9	100	0	100
CAPS	5	7,9	0	0	5	6,6	100	0	100
Nasf-AB	4	6,3	1	7,7	5	6,6	80	20	100
Fisioterapia	3	4,8	1	7,7	4	5,3	75	25	100
CASMCA	3	4,8	0	0	3	3,9	100	0	100
Policlínica	3	4,8	0	0	3	3,9	100	0	100
Imunização	1	1,6	0	0	1	1,3	100	0	100
Total	63	100	13	100	76	100			

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Sobre a organização das agendas de atendimento nas unidades de saúde de saúde, a maioria respondeu ser o organizador da própria agenda de trabalho (59,2%), não sendo compartilhada com os gerentes e coordenadores. As agendas profissionais são recursos fundamentais para a garantia da continuidade do cuidado (programado ou não) e do

acolhimento, devendo ser planejadas coletivamente, com base nas características da população adscrita (BRASIL, 2013b).

Tabela 9 - Perfil dos responsáveis pela organização da agenda laboral dos respondentes

Responsável	N	%
o(a) próprio(a)	45	59,3
o(a) gerente /diretor da unidade	13	17,1
o(a) coordenador(a) do setor	9	11,8
o(a) assistente administrativo(a)	9	11,8
Total	76	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Entre os profissionais participantes, 60,5% responderam já ter ouvido falar sobre as PICS. Em relação à Política nacional, 26 profissionais já ouviram falar da política, mas não a utiliza na sua prática. Apenas 8 as conhece e orientam suas práticas por ela. No total, 44,7% dos respondentes conhecem ou ouviram falar na PNPIC. Estudos sobre a percepção de profissionais de saúde sobre as PICS apresentaram resultados semelhantes tanto sobre o conhecimento das PICS, quanto da PNPIC (THIAGO; TESSER, 2011; MATOS *et al.*, 2018; KRACIK; PEREIRA; ISER, 2019).

Tabela 10 - Respostas sobre conhecimento e formação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS)

Respostas	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Conhecem ou já ouviram falar nas PICS.	46	60,5	30	39,5	76	100
Conhecem ou já ouviram falar na PNPIC.	34	44,7	42	55,3	76	100
Tem formação em alguma modalidade de PICS.	18	23,7	58	76,3	76	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

A ordem das perguntas pode ter afetado as respostas dos participantes. Possivelmente, se perguntado inicialmente sobre o conhecimento de alguma das modalidades (citando as 29), as respostas positivas seriam de maior impacto. Provavelmente parte deles não sabiam que as PICS estão relacionadas às modalidades descritas na pergunta que viria a seguir. Tal fato sugere o desconhecimento do termo em si, e não das práticas.

Dentre as PICS mais conhecidas entre os respondentes estão: Acupuntura (95,7%), Auriculoterapia (91,3%), Homeopatia (80,4%), Meditação e Yoga (78,3%), Musicoterapia (71,7%), Plantas Medicinais e Fitoterapia e Aromaterapia (69,6%), Terapia de Florais (63%), Reiki e Ozonioterapia (56,5). Outros estudos relatam a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia como as mais conhecidas (GONTIJO; NUNES, 2017; KRACIK; PEREIRA; ISER, 2019). As modalidades menos conhecidas estão o Termalismo Social (2,2%), a Apiterapia e Medicina Antroposófica (6,5%), a Geoterapia (8,7%) e a Naturopatia (10,9%). A medicina antroposófica e o termalismo foram identificadas como as menos conhecidas no estudo de Gontijo e Nunes (2017).

Tabela 11 - Respostas sobre as modalidades de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) conhecidas

Modalidades	Total de respondentes: 46		Modalidades	Total de respondentes: 46	
	N	%		N	%
Acupuntura	44	95,7	Hipnoterapia	19	41,3
Auriculoterapia	42	91,3	Arteterapia	17	37
Homeopatia	37	80,4	Terapia Comunitária Integrativa	17	37
Meditação	36	78,3	Ayurveda	15	32,6
Yoga	36	78,3	Biodança	11	23,9
Musicoterapia	33	71,7	Osteopatia	11	23,9
Plantas Medicinais e Fitoterapia	32	69,6	Reflexologia	11	23,9
Aromaterapia	32	69,6	Bioenergética	10	21,7
Terapia De Florais	29	63	Imposição De Mãos	9	19,6
Ozonioterapia	26	56,5	Dança Circular	7	15,2
Reiki	26	56,5	Naturopatia	5	10,9
Quiropraxia	25	54,3	Geoterapia	4	8,7
Shantala	22	47,8	Antroposofia	3	6,5
Cromoterapia	21	45,7	Apiterapia	3	6,5
Constelação Familiar	19	41,3	Termalismo	1	2,2

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Segundo respostas dos respondentes, 23,7% possuem alguma formação em PICS. Um estudo sobre a Percepção de médicos e enfermeiros da ESF sobre as PICS identificou um percentual de 22% profissionais com formação em PICS (THIAGO; TESSER, 2011). O fato de existir em Mendes 18 profissionais atuantes na RAS com formação em PICS é um importante potencializador para a implantação das práticas no município. Cabe à gestão proceder com um diagnóstico aprofundado da rede, de modo a identificar quais são esses profissionais e verificar se os mesmos desejam ofertá-las em seu local de serviço. Além disso, podem ser identificados colaboradores com expertise em alguma modalidade de PICS, para que contribuam nas capacitações dos colegas (SANTOS; TESSER, 2012).

A modalidade de PICS mais citada entre os profissionais com formação em PICS foi a Auriculoterapia (72,2%). É provável que o fato seja consequência da oferta de capacitação para os profissionais da saúde da família e da saúde mental, no ano de 2019, promovida pela Coordenação da Atenção Básica, com o apoio da secretaria municipal de saúde. Logo adiante, a Reflexoterapia, (22,2%), e, empatadas com 16,6% a acupuntura, a musicoterapia, a terapia comunitária integrativa (TCI) e a terapia de florais. Os dados podem ser observados na Tabela 12, a seguir.

Tabela 12 - Mapeamento de profissionais com formação em PICS no município de Mendes segundo setor e modalidade

Modalidades de PICS	Setores da Rede de Atenção à Saúde de Mendes-RJ						Total
	ESF	Nasf-AB	Farmácia	CAPS	Fisioterapia	Vigilância	
Acupuntura	-	1	-	1	1		3
Antroposofia	-	-	-	-	-	-	-
Apiterapia	-	-	-	-	-	-	-
Aromaterapia	1	-	-	-	1	-	1
Arteterapia	-	-	-	1	-	-	1
Auriculoterapia	8	3	-	-	2	-	13
Ayurveda	-	-	-	-	-	-	-
Biodança	-	-	-	-	-	-	-
Bioenergética	-	-	-	-	-	-	-
Constelação Familiar	-	-	-	-	-	-	-
Cromoterapia	-	-	-	-	1	-	1
Dança Circular	-	-	-	-	-	-	-
Fitoterapia	-	1	1	-	-	-	2
Geoterapia	-	-	-	-	-	-	-
Hipnoterapia	-	-	-	-	-	-	-
Homeopatia	-	-	1	-	-	1	2
Imposição De Mãos	-	-	-	-	-	-	-
Meditação	-	-	-	-	-	-	-
Musicoterapia	1	-	-	2	-	-	3
Naturopatia	-	-	-	-	-	-	-
Osteopatia	-	-	-	-	1	-	1
Ozonioterapia	1	-	-	-	-	-	1
Quiropraxia	-	-	-	-	-	-	-
Reflexologia,	2	-	-	-	2	-	4
Reiki	-	-	-	-	1	-	1
Shantala	2	-	-	-	-	-	2
Terapia Comunitária Integrativa	1	-	-	2	-	-	3
Terapia De Florais	1	-	1	-	1	-	3
Termalismo	-	-	-	-	-	-	-
Yoga	1	-	-	-	-	-	1
Total	17	5	3	6	9	1	41

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Sobre a modalidade de ensino das PICS, dentre aqueles que responderam possuir capacitação/ formação em alguma modalidade, a maioria relatou ter sido realizado no modelo presencial (66,7%). Em segundo lugar, o modelo de Educação à Distância (EAD) foi citado

em 22,2% das respostas. Por último, o modelo semipresencial, presente em 16,7% das respostas. Assim como em Silva *et al.* (2021), foi observado que as capacitações no geral são de curta duração, alguns presenciais e ou à distância, ofertados por órgãos públicos, como o Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde e, no ensino privado, custeado pelo próprio trabalhador, os cursos de formação livre, qualificação profissional técnica, extensão universitária e as especializações.

As respostas foram bem equilibradas, estando as capacitações em serviço e as especializações à frente, cada uma com 7 respostas, e o ensino técnico profissionalizante e os cursos de livre oferta em seguida, com 6 respostas para cada um. Esses últimos estão previstos no Art. 42 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), e objetivam a formação inicial ou a qualificação profissional. São abertos à comunidade e a certificação não está condicionada necessariamente ao nível de escolaridade (BRASIL, 2008). Tais formações podem ter ganhado espaço por compensar a falta de recursos acadêmicos de formação profissional que abarquem as demandas dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2021).

Tabela 13 - Respostas sobre a formação em Práticas Integrativas e Complementares (PICS) segundo o tipo e modalidade de ensino

Tipo de curso	N	%	Formato de ensino	N	%
Capacitação em serviço	7	38,9	Presencial	12	66,7
Formação técnica	6	33,3	A distância (EAD)	4	22,2
Especialização	6	33,3	Semipresencial	3	16,7
Curso livre	6	33,3	Total de respondentes: 18		
Outros	1	5,6			

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

É sugerido aos gestores a realização de um novo diagnóstico da rede, mais aprofundado e direcionado para cada serviço, de modo a evidenciar individualmente os profissionais dispostos a ofertarem as PICS em seus locais de trabalho, assim como expertises na área, para atuarem como multiplicadores.

Daqueles que possuem formação em PICS, quase 40% as desenvolvem em seu local de trabalho (Tabela 14). Apesar de representar um número pequeno em termos absolutos (7 pessoas), é um indicativo positivo, uma vez que os profissionais as ofertam mesmo não havendo estrutura física adequada e fornecimento de insumos para o desenvolvimento dos serviços. Para os 61% que possuem formação e não ofertam as PICS em seu local de trabalho, possivelmente seja consequência das situações acima descritas, somadas à sobrecarga nas agendas desses profissionais e pela inexistência de programas de capacitações e atualizações em serviço.

Sobre o formato de oferta das PICS no local de trabalho dos participantes que as desenvolvem, 57,1% relataram que as modalidades são diluídas no atendimento de rotina da unidade. Neste caso, as PICS são oferecidas como complementação da consulta realizada. Por outro lado, 42,9% dos participantes responderam que têm uma agenda de PICS em horários específicos, distribuídas na agenda profissional, juntamente das outras atividades atribuídas aos seus cargos.

Tabela 14 - Oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no ambiente de trabalho e o seu formato de inserção

Exerce as PICS no ambiente de trabalho?	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
	7	38,9	11	61,1	18	100
Forma de inserção das PICS no ambiente de trabalho	N	%				
Diluída no atendimento de rotina	4	57,1				
Reserva de turno específico dentro da carga horária normal	3	42,9				
Como atividade exclusiva	0	0				
Total	7	100				

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Entre os profissionais que ofertam as PICS, 85,7% pactuam suas agendas com a chefia imediata ou com a sua coordenação. Os 14,3% restante ofertam as PICS por conta própria, sem considerar suas chefias. Provavelmente as práticas são oferecidas diluídas nos atendimentos de rotina.

Quando indagados a adequabilidade física das unidades onde ofertam as PICS, a maioria (85,7%) afirma que as unidades, apesar de não terem a infraestrutura adequada à realização das atividades, podem ser adaptadas. Em apenas uma resposta foi informado que a unidade possui infraestrutura adequada (Tabela 15).

Tabela 15 - Adequabilidade Física das unidades de saúde para a realização das PICS

	N	%
Apesar de não estarem adequadas, são adaptáveis às atividades de PICS.	6	85,7
Estão adequadas às atividades de PICS.	1	14,3
Não estão adequadas e não são adaptáveis às atividades de PICS.	0	0
Total	7	100

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Sobre a necessidade de utilização de insumos e/ou equipamentos específicos para desenvolverem as PICS em seu local de trabalho, e 100% das respostas foram positivas. Segundo os respondentes, a origem dos insumos utilizados, e, em 71% dos casos, são provenientes dos profissionais que executam as PICS, contra 29% fornecidos pelo serviço de saúde, por meio da gestão.

Entre os serviços que têm fornecimento de insumos (total ou parcial) estão: acupuntura, arteterapia e musicoterapia. Os principais insumos específicos ao desenvolvimento das PICS ofertadas no município, citados pelos participantes, foram: agulhas e moxabustão para acupuntura, sementes e placas para auriculoterapia e óleos de massagem.

Entre os respondentes que ofertam as PICS em sua unidade laboral foram identificadas 4 formas de acesso às PICS: encaminhamento multidisciplinar da unidade de origem e demanda espontânea (ambos em 57,1% das respostas); encaminhamento médico da unidade que oferta PICS, encaminhamento médico oriundo de outros pontos da RAS e encaminhamento multidisciplinar também oriundo de outros pontos da RAS (42,9% das respostas).

É fundamental que seja estabelecido um fluxo de atendimento das PICS a fim de garantir um amplo acesso aos usuários do SUS, e não apenas aos pacientes frequentadores de determinados serviços, como o CAPS e o Centro de Fisioterapia, ou para aqueles cadastrados em UBS que ofertam PICS.

Dentre as principais demandas de encaminhamento das PICS, em primeiro lugar estão as dores crônicas, como as lombalgias. O serviço de acupuntura, assim como a massoterapia, ambas oferecidas pelo Centro de Fisioterapia, abrange principalmente esses usuários. Os pacientes em sofrimento psíquico estão logo em seguida na listagem dos principais motivos de encaminhamento para acompanhamento com PICS, quer sejam usuários do CAPS, quer sejam usuários cadastrados nas eSF, atendidos nas unidades onde há a oferta de auriculoterapia ou pelo Nasf-AB, que oferta também a prática (Tabela 16).

O tabagismo foi citado como a terceira maior demanda de PICS. O Nasf-AB tem como uma das suas atividades no município a organização e desenvolvimento do grupo de cessação do tabagismo. No desenrolar das atividades, é ofertada a auriculoterapia aos usuários que possuem indicação.

Tabela 16 - Principais demandas por atendimento em PICS entre os respondentes

Condição de saúde	N	%
Dores crônicas	6	85,7
Sofrimento psíquico	5	71,4
Tabagismo	4	57,1
Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)	3	42,9
Etilismo	3	42,9
Outras	1	14,3
Total de respondentes: 7		

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados sobre as PICS coletados com profissionais de saúde de Mendes-RJ, em fase anterior dessa pesquisa.

Quase ao final do questionário, foram lançadas duas perguntas aos participantes, relacionadas aos aspectos que limitam e aqueles que potencializam o desenvolvimento das PICS nos serviços de saúde do município. Foram indicados alguns pontos específicos consoante com o que a literatura científica tem identificado, e foi deixado um espaço para a inclusão de outros aspectos identificados, não mencionados no questionário. Foi permitido escolher mais de uma opção em ambas as questões.

Entre os fatores limitantes ao desenvolvimento das PICS, estão, em primeiro lugar, a dificuldade na conciliação da agenda profissional com as atividades de PICS, seguido da escassez de capacitações em serviço na área; ausência ou escassez de insumos específicos; falta de interesse da população nas PICS e falta de apoio da gestão para o desenvolvimento das PICS (Tabela 17). Segundo os respondentes, as ações que podem vir a somar na implementação das PICS foram as capacitações em serviço (72,2%), seguido da ampla divulgação dessas práticas à população (61,1%).

Tabela 17 - Principais aspectos limitantes e ações potencializadoras ao exercício das PICS no local de trabalho, de acordo com os dados da web survey sobre as PICS aplicado aos profissionais de saúde de Mendes-RJ

	N	%
Dificuldade em conciliar a agenda regular de atendimento e as PICS.	6	85,7
Ausência ou escassez de capacitações em serviço com temas relacionados às PICS.	3	42,9
Inexistência ou escassez de insumos e/ou equipamentos específicos das PICS.	2	28,6
Falta de interesse da população em relação às PICS.	2	28,6
Falta de apoio da gerência da unidade ou da gestão municipal.	1	14,3
Total de respondentes: 7		
	N	%
Incluir nas agendas de Educação Permanente em Saúde (EPS) capacitações em PICS.	13	72,2
Divulgar as PICS ofertadas no município, principalmente nas mídias institucionais	11	61,1
Disponibilizar turno específico (dentro do limite da carga horária) para PICS.	9	50
Flexibilizar a carga horária (estendida) para a oferta de PICS em horário noturno.	8	44,4
Disseminar informações aos profissionais de saúde (encaminhadores em potencial) sobre os benefícios das PICS.	1	5,6
Contratar profissionais específicos para as PICS.	1	5,6
Sensibilizar a gestão no que diz respeito ao incentivo à implementação das PICS no território.	1	5,6
Total de respondentes: 18		

Fonte: Elaboração própria

Para entender sobre os interesses dos participantes em relação às PICS, foi perguntado primeiramente, se há interesse por parte deles em participar de capacitações na área. Dos 76

participantes, 64 (84%) informaram ter interesse, contra apenas 12 (16%) dos que não desejam.

O desejo em ser capacitado nas diversas modalidades de PICS constitui um agente potencializador para a implantação das PICS no município de Mendes, visto a possibilidade de treinar em serviço aqueles que já fazem parte do quadro de pessoal da RAS, não havendo necessidade de onerar os recursos públicos com a contratação de profissionais exclusivos. Estudos apontam que a formação e a capacitação dos profissionais devem ser incentivadas e promovidas no ambiente organizacional para que as PICS sejam implementadas de forma efetiva (BRITO *et al.*, 2017; JALES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021). Observa-se o desconhecimento dos profissionais quanto ao tema PICS, revelando a necessidade de capacitação e divulgação do tema (THIAGO; TESSER, 2011).

Atitudes relacionadas a ampla divulgação das PICS ofertadas no SUS municipal são entendidos como ferramentas capazes de potencializar a implantação das PICS. Ela se faz importante, para profissionais e usuários (SILVA *et al.*, 2021). Para além das mídias institucionais, pode-se pensar em outras formas de informar, como por exemplo, a partir da capacitação de ACS em relação os benefícios das PICS enquanto forma de cuidado ampliado e autocuidado na perspectiva da promoção à saúde, de modo que o profissional se torne multiplicador em todo o seu território de abrangência (PARANAGUÁ *et al.*, 2009). Esta ação envolve tanto a divulgação das PICS quanto a disseminação de informações sobre PICS aos profissionais em saúde, também identificado como agente potencializador da implantação das práticas no SUS municipal.

Estudiosos referem que a falta de apoio da gestão e a carência de recursos materiais e de infraestrutura afetam significativamente a implementação das PICS (FONTANELLA *et al.*, 2007). Como ação sensibilizadora da gestão em relação às PICS, é viável a elaboração de uma oficina ou outra atividade similar para informar sobre os benefícios da implantação dessas práticas, e para isso, pode-se demonstrar as experiências exitosas de outras localidades e os mapas de evidência científica do uso das PICS nas principais demandas de saúde do município e sua relação com a redução dos custos em saúde.

Por último, foi questionado sobre interesse por capacitações nas diversas modalidades de PICS. Foi permitido pontuar mais de uma opção entre as modalidades. Entre os respondentes, 84,2% demonstrou interesse por capacitações na área, e as modalidades mais citadas foram: acupuntura, auriculoterapia, musicoterapia, plantas medicinais e fitoterapia,

Yoga, terapia de florais, aromaterapia, meditação, shantala e ozonioterapia. As únicas modalidades não citadas foram a Apiterapia, geoterapia e termalismo social, coincidindo com as respostas sobre PICS conhecidas entre os participantes do questionário.

Existe uma crescente busca e interesse pelas PICS oriundo tanto de profissionais quanto de usuários, conforme evidencia Thiago e Tesser (2011). Essa procura demonstra uma possível mudança da visão cultural da assistência à saúde, hegemonicamente biomédica (FONTANELLA *et al.*, 2007).

A partir dos achados evidenciados no questionário eletrônico foi possível identificar que, Do total de respondentes, a maioria já ouviu falar ou conhece as PICS, mas o mesmo não ocorre em relação à PNPIC, onde menos da metade dos participantes relataram já ter entrado em contato com a política. Entre as modalidades mais conhecidas estão: acupuntura, auriculoterapia e homeopatia. As menos conhecidas são: medicina antroposófica, apiterapia e termalismo. De forma semelhante aos estudos de perfil de profissionais do setor saúde, notou-se o predomínio de mulheres entre os respondentes, característica encontrada nas profissões de saúde. A faixa etária mais evidenciada foi a de 31 a 40 anos, e a cor mais autorreferida foi a branca. Quanto à escolaridade, grande parte concluiu o ensino superior e realizou ao menos pós-graduação (especialização). Foi observado que até mesmo entre os profissionais atuantes em cargos de nível médio, a exemplo dos ACS, muitos concluíram o ensino superior ou estão cursando. A maior parte dos participantes estão formados e atuam na RAS de Mendes há mais de 7 anos, estando no local atual de trabalho entre 4 a 6 anos. O setor da RAS com maior número de respondentes foi, majoritariamente, a ESF.

Foram identificados 18 profissionais com formação/capacitação em PICS em 16 modalidades diferentes, sendo as mais apontadas: auriculoterapia, reflexologia, acupuntura, musicoterapia, Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e Terapia com florais. A capacitação em serviço constitui a principal modalidade de formação entre os profissionais, e a modalidade presencial foi predominante. Dos profissionais com formação em alguma modalidade, menos de 40% oferta as práticas no ambiente laboral. E destes, a maioria relata realizar os atendimentos de forma diluída nas atividades de rotina.

Segundo os respondentes, a maioria das unidades de saúde do município está apta a ofertar as PICS caso realiza adaptações em sua estrutura física. Todos os respondentes ofertantes das PICS utilizam insumos específicos a sua modalidade, mas, em 71% dos casos, o fornecimento provém dos próprios profissionais. As principais demandas dos usuários para

as PICS são: dores crônicas, sofrimento psíquico, tabagismo, doenças crônicas não transmissíveis e etilismo.

Os principais aspectos limitantes à Implantação das PICS no SUS municipal, de acordo com as respostas obtidas, estão relacionadas à dificuldade na conciliação da agenda de rotina com a inserção das PICS, devido às altas cargas de trabalho e; a escassez de capacitações em serviço sobre a temática. Entre as ações potencializadoras pode-se destacar a inclusão de capacitações em PICS na agenda de educação permanente e a divulgação das PICS para os usuários e profissionais de saúde. Em relação ao interesse por capacitações houve um percentual positivo de mais de 84% entre os respondentes, e as modalidades de maior interesse são: acupuntura, auriculoterapia, plantas medicinais e fitoterapia e musicoterapia.

5.1.3 Análise do Contexto e Estratégias de Implementação das PICS: a Oficina Técnica

Como parte da construção do Plano de Intervenção, foi proposta uma oficina técnica, com a finalidade de realizar uma análise de fatores dos contextos interno e externo que favorecem ou dificultam a implantação das PICS no município de Mendes-RJ. A Oficina foi realizada para envolver os profissionais atuantes na gestão da secretaria municipal de saúde, incluídos também os profissionais do Nasf-AB e alguns da área assistencial (UBS) que desenvolvem as PICS e o Conselho Municipal de Saúde.

Foram convidados profissionais dos seguintes setores: gabinete da secretaria municipal de saúde (01 colaborador); planejamento (02 colaboradores); coordenação da AB (01 colaborador); apoiador de Educação Permanente em Saúde (01 colaborador), profissional da área assistencial da ESF (01 colaborador); Nasf-AB (02 colaboradores); coordenação de Saúde Mental (01 colaborador); Conselho Municipal de Saúde (01 colaborador). Ao todo, foram convidados 10 (dez) profissionais, e destes, 9 (nove) compareceram ao encontro.

A proposta da oficina técnica foi construir, com base no diálogo entre os profissionais, uma matriz SWOT/FOFA (Forças, oportunidades, fraquezas e ameaças) para a implantação das PICS no âmbito municipal, com ênfase na AB, e indicar ainda estratégias potencializadoras que viabilizem a implantação do serviço. Os Quadros 14, 15 e 16 correspondem às matrizes do Eixo 1 e Eixo 2, respectivamente, e ao quadro de estratégias de implantação das PICS no município de Mendes, evidenciadas pelos integrantes de ambos os Eixos.

Quadro 14 - Matriz FOFA (Eixo 1): Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICS)

FORÇAS	OPORTUNIDADES
<p>Parcerias existentes na rede de saúde (temos o exemplo da saúde mental, que referência seus pacientes para a auriculoterapia nas UBS);</p> <p>Existência de profissionais da rede capacitados em algumas modalidades de PICS (exemplos: auriculoterapia, acupuntura e terapia comunitária);</p> <p>O vínculo da Estratégia de Saúde da Família com a população adscrita nos seus territórios;</p> <p>Ações de PICS inseridas no Plano Municipal de Saúde, confeccionado no início de 2022 (já existem metas pactuadas para os próximos 4 anos);</p> <p>A iniciativa da gestão local (secretaria de saúde e coordenação da AB) em implementar as PICS.</p>	<p>Receptividade às PICS por parte dos usuários;</p> <p>Programa Previne Brasil (novo modelo de financiamento da Atenção Básica). Apesar de não haver incentivo específico para as PICS, estas podem ser implementadas utilizando-se deste recurso.</p>
FRAQUEZAS	AMEAÇAS
<p>Falta de recursos municipais definidos para a implementação dessas práticas. A utilização do recurso advindo do Programa Previne Brasil, deve ser definido pelo gestor local (secretário de saúde), e a ele é facultado o seu uso nas PICS;</p> <p>Inexistência de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no município;</p> <p>Estrutura física inadequada na maioria das unidades básicas de saúde (espaço físico insuficiente para a inclusão das PICS no rol de serviços ofertados);</p> <p>O desconhecimento das PICS por parte de muitos profissionais da rede de saúde municipal;</p> <p>Força de trabalho insuficiente (existe uma sobrecarga dos profissionais atuantes nos serviços de saúde de Mendes);</p> <p>Caráter descontínuo da oferta de PICS no município (sobrecarga dos profissionais que ofertam PICS, diluída no atendimento de rotina, ou por meio da disposição de turnos específicos para o desenvolvimento das práticas).;</p> <p>Oferta insuficiente de auriculoterapia para a demanda existente na Atenção Básica. Não há profissionais suficientes para o atendimento nas UBS. No momento apenas 04 profissionais desenvolvem a atividade, sendo dois do NASF-AB e 02 profissionais da Estratégia de Saúde da Família.</p>	<p>Ausência de recurso financeiro específico federal ou estadual para o desenvolvimento das PICS;</p> <p>Não confiabilidade/ credibilidade nas PICS por profissionais e usuários, que na maioria das vezes, desconhecem as práticas.</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 15 - Matriz FOFA (Eixo 2): o processo de trabalho em PICS

FORÇAS	OPORTUNIDADES
<p>Existência de força de trabalho (profissionais capacitados em PICS) na rede de serviços de saúde municipal (constatado no questionário online, apresentado ao grupo durante a apresentação da oficina);</p> <p>Interesse por parte dos gestores em implantar as PICS, principalmente pela iniciativa de discussão dessas atividades nas pautas da conferência municipal de saúde, ocorrida em 2021 e a posterior inclusão nos instrumentos de planejamento (PS);</p> <p>O desenvolvimento de algumas modalidades de PICS no município por alguns profissionais, mesmo sem incentivo (insumos, estrutura física e equipamentos). A auriculoterapia é um exemplo. Eles desenvolvem a atividade por “Boa Vontade”.</p>	<p>Adesão dos usuários quando há oferta das atividades;</p> <p>As PICS, ao serem desenvolvidas com regularidade, podem potencializar a redução da demanda por especialidades médicas e multiprofissionais, exames diagnósticos e medicações;</p> <p>As PICS são atividades, em sua maioria, de baixo investimento.</p>
FRAQUEZAS	AMEAÇAS
<p>Agenda indisponível para inclusão das PICS. As agendas profissionais (principalmente dos médicos e enfermeiros) são sobrecarregadas com os atendimentos de rotina;</p> <p>Ausência de insumos específicos para o desenvolvimento das atividades;</p> <p>Ausência de coordenação específica de PICS no âmbito municipal;</p> <p>Escassez de recursos humanos capacitados em PICS;</p> <p>Ausência de divulgação das PICS (seja nas mídias institucionais, seja nas próprias instalações físicas);</p> <p>Ineficiência no sistema de referência e contra referência na rede municipal. Dificilmente há retorno sobre o usuário às unidades encaminhadoras;</p> <p>Descontinuidade na prestação dos serviços.</p>	<p>Ausência de financiamento específico para as PICS</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 16 - Estratégias de Implantação das PICS

EIXO 1 – Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PICS)	EIXO 2 – O Processo de Trabalho em PICS
<p>Desenvolver uma política municipal de PICS;</p> <p>Fortalecer a parceria entre os serviços da rede municipal;</p> <p>Valorizar o profissional capacitado em PICS;</p> <p>Criar lei municipal que ampare a política municipal de PICS, quando for desenvolvida, de forma a protegê-la de possíveis desestruturações em mudanças de governo;</p> <p>Reservar recursos do Programa Previne Brasil para o desenvolvimento das PICS na Atenção Básica;</p> <p>Realizar capacitações em PICS para os profissionais da rede;</p> <p>Realizar reformas nas unidades básicas de saúde incluindo espaços para o desenvolvimento das PICS;</p> <p>Criar uma equipe multiprofissional para desenvolvimento de PICS no território da Estratégia de Saúde da Família (equipe itinerante).</p>	<p>Divulgar amplamente as PICS nas mídias institucionais, sociais e nos serviços de saúde;</p> <p>Desenvolver uma agenda de atendimento de PICS para as unidades, dentro da carga horária habitual do profissional;</p> <p>Criar uma coordenação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde;</p> <p>Aumentar a força de trabalho (recursos humanos) na Atenção Básica (AB);</p> <p>Criar uma equipe de PICS de apoio à Estratégia de Saúde da Família (modelo similar ao Nasf-AB);</p> <p>Desenvolver um projeto de implantação das PICS, prosseguindo com a devida apreciação do Conselho Municipal de Saúde, e posteriormente articular e sensibilizar a câmara de vereadores para a criação de lei específica municipal;</p> <p>Utilizar parte das verbas do Programa Previne Brasil para o desenvolvimento das PICS;</p> <p>Buscar outras fontes de recursos (federais e/ou estaduais) que possibilitem a sua utilização nas PICS.</p>

Fonte: Elaboração própria

5.1.3.1 Forças, oportunidades, fraquezas e ameaças para a implantação das PICS em Mendes

Não obstante as iniciativas da gestão local em implantar as PICS no SUS municipal, a exemplo da sua inserção entre as diretrizes e objetivos do Plano de Saúde (PS) do município, por si só este feito não trará resultados consistentes. Cabe à gestão dar continuidade ao processo de implantação, inserindo as práticas nos demais instrumentos de gestão, como a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios trimestrais de prestação de contas,

essenciais para que sejam garantidos os recursos financeiros previstos na esfera municipal, respondendo os princípios do planejamento ascendente no SUS (BRASIL, 2020b).

As ações em PICS usualmente não necessitam de equipamentos de alta densidade tecnológica, e seus principais custos referem-se aos gastos com capital intelectual, fazendo dela uma atividade estratégica (ASSUNÇÃO *et al.*, 2020). Todavia, são necessárias pesquisas com maior rigor científico na área para que, de fato, identifiquem a estimativa real do custo-efetividade das diferentes modalidades e a possibilidade de gerar impacto econômico positivo para os serviços de saúde no âmbito do SUS.

Apesar dos hiatos no planejamento das PICS no âmbito municipal, são observados alguns movimentos de articulação em pontos da RAS com o intuito de estabelecer fluxos (informais) de referenciamento dessas atividades no território, conforme apontado no Eixo 1. De acordo com os profissionais participantes da oficina, os serviços de saúde mental, principalmente o ambulatório, e o centro de fisioterapia, retornam os usuários às suas unidades de referência com solicitações de encaminhamento para auriculoterapia, quando há indicação. Esses usuários, por conseguinte, são agendados para os profissionais que ofertam a modalidade na unidade de saúde onde é cadastrado ou, caso não há disponível este profissional na unidade, o encaminhamento é direcionado ao Nasf-AB, e discutido durante as atividades mensais de matriciamento.

No entanto, não foi evidenciada uma padronização na organização do processo de trabalho em PICS no município, capaz de estabelecer um sistema de acesso efetivo, entendido e utilizado por todos os pontos da RAS. A AB, enquanto coordenadora do cuidado, cabe o papel de articuladora na construção desses fluxos com os demais setores executores das PICS. Essa construção pode ser realizada por meio de oficinas intrasetoriais, com ampla participação coletiva da rede, e sob o apoio da assessoria de planejamento em saúde local.

Embora o município tenha disponibilizado uma capacitação em auriculoterapia aos profissionais da RAS, poucos deram continuidade à proposta, e deixaram de ofertar a prática em sua unidade de atuação. A restrição ao acesso das PICS também pode estar relacionada à escassez de profissionais capacitados, evidenciado nas demandas reprimidas (SANTANA; TAHARA, 2008; NAGAI; QUEIROZ, 2011).

A falta de um planejamento sistêmico anterior à inserção da prática de auriculoterapia ocasionou o acesso desigual ao serviço, pois a modalidade não era desenvolvida em todas as UBS, uma vez que apenas usuários cadastrados na eSF podiam usufruir do tratamento. Teve

ainda como consequência a instituição de uma demanda reprimida, gerando descontentamento por parte dos usuários, que precisavam aguardar demasiado tempo até o início do tratamento e, por parte de alguns profissionais, desmotivados por não conseguirem atender às necessidades de todos os usuários na fila de espera.

Associado a esta última questão, outros fatores possivelmente geraram insatisfação por parte dos profissionais, culminando na descontinuidade da oferta das PICS, como as altas cargas de trabalho, principalmente na enfermagem. Soma-se a isso a inadequabilidade física, onde não há espaços disponíveis para o desenvolvimento das PICS em muitas UBS, o não fornecimento regular dos insumos específicos para auriculoterapia e a não divulgação das atividades desenvolvidas.

Ainda sim algumas modalidades de PICS são desenvolvidas no município por iniciativa daqueles que as ofertam. Mesmo sem a devida retaguarda e apoio institucional, as modalidades de PICS exercidas no SUS municipal devem, em sua maioria, às iniciativas locais, protagonizadas pelos profissionais da rede assistencial. Os atores protagonistas da implementação das PICS em todo o Brasil tem sido os profissionais de saúde, que autofinanciam suas qualificações e, mesmo sem apoio e conhecimento da gestão, tem desenvolvido as práticas em seus ambientes laborais. Esses fatores, atrelados a ausência de financiamento indutor, contribuem para a baixa institucionalização da PNPIC (BARBOSA *et al.*, 2020).

A fim de incentivar a continuidade dessas ofertas, assim como a expansão das PICS no SUS municipal, cabe à gestão incluir, entre suas ações direcionadas à implementação dessas práticas, propostas de qualificação profissional e a inclusão de capacitações em suas agendas de educação permanente aos profissionais de saúde já atuantes na área e àqueles que demonstraram interesse em aprender, conforme identificado nas repostas do questionário eletrônico. Além disso, deve-se identificar possíveis profissionais com *expertise* em PICS, atuantes nos pontos de atenção à saúde do município, para, caso tenham interesse, tornarem-se multiplicadores (SOUSA; TESSER, 2017).

Estudos concordam sobre o baixo conhecimento acerca da PNPIC por parte dos gestores locais e dos profissionais. Tendo em vista que a implantação desta política requer uma ampla participação e empenho destes atores, tal fato constitui uma fragilidade política (CHEHUEN *et al.*, 2010; THIAGO; TESSER, 2011; SANTOS *et al.*, 2011; SANTOS; TESSER, 2012; ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012). Em relação aos profissionais de saúde, a

falta de conhecimento na área, os impedem de possuir as habilidades e a segurança necessária tanto para indicar quanto para executar as PICS. Dentre as estratégias de qualificação profissional em PICS que a gestão pode fazer uso estão os cursos, em sua maioria introdutórios, disponíveis na plataforma de ensino disponibilizada no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS), todos na modalidade de educação à distância (AMADO; ROCHA, 2021).

A comunicação é uma ferramenta essencial para a consolidação de políticas públicas, e está entre as diretrizes da PNPIC. A confecção de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos e materiais digitais objetiva a promoção das ações de informação e divulgação das PICS, direcionando a informação aos trabalhadores de saúde, gestores e usuários (AMADO; ROCHA, 2021).

5.1.3.2 Estratégias de implementação do Plano de Implantação das PICS

O primeiro passo a ser dado na direção da implementação das PICS é a constituição de uma coordenação, responsável pelo planejamento e gestão das práticas no SUS de Mendes. Caso o município prefira, pode ser definida uma comissão ou núcleo, responsável por conduzir todo o processo. É desejável que a coordenação e a comissão/núcleo sejam constituídas de profissionais de saúde com conhecimento em PICS (SANTOS; TESSER, 2012).

Uma possibilidade é, além de dispor de um profissional da gestão para compor o grupo, incluir profissionais que desenvolvem as PICS na RAS, podendo ser formado por um profissional da AB (eSF ou Nasf-AB), um do centro de fisioterapia e reabilitação e um do CAPS. Todos são qualificados e possuem a experiência da prática no território, e possivelmente enriquecerão as discussões e tomadas de decisão durante o processo de implantação das PICS.

Com relação ao modelo de inserção das PICS, uma opção que parece viável ao município está em promover as ações das PICS prioritariamente na AB, mediante execução dessas práticas por profissionais das eSF e Nasf-AB, tendo em vista que, apesar de o local mais promissor de implementação ser a ESF, compreende-se a importância de associá-la às

equipes de apoio matricial (SOUSA; TESSER, 2017). Há também potencial na atenção especializada, sendo legítima a continuidade das atividades já desenvolvidas no centro de fisioterapia e no CAPS, desde que as ofertas estejam articuladas com a AB.

A atuação em PICS pela equipe Nasf-AB de Mendes poderá ser definida partindo de três possibilidades, sendo as duas primeiras levantadas durante a oficina técnica. Uma delas é a contratação de um profissional exclusivo para o desenvolvimento das PICS no âmbito do Nasf-AB; outra, é a criação de um núcleo de apoio em PICS, constituído de profissionais qualificados em diferentes modalidades e dotados de atribuições semelhantes à equipe de matriciamento, contudo direcionados às atividades exclusivas de PICS. A opção mais viável em termos econômicos é a primeira, porém, possui um caráter menos abrangente, considerando a restrição em termos de acesso e variabilidade das práticas. Uma terceira opção, que pode vir a surtir um efeito positivo está na qualificação dos profissionais que já compõem a equipe Nasf-AB, de modo que a oferta ocorra de modo híbrido, semelhante ao descrito por Sousa e Tesser (2017) em relação às eSF. Neste caso, não haveria, inicialmente, a necessidade de uma nova contratação.

Partindo da premissa que os próprios profissionais atuantes na RAS sejam, substancialmente para a implantação das PICS no município, é fundamental que a gestão se aproprie do mapeamento realizado em uma das etapas do presente estudo, e identifique individualmente aqueles que possuem formação nas diferentes modalidades de PICS, mesmo que não as exerçam no ambiente de trabalho. Conforme apontou a *web survey*, foram identificados 18 profissionais com formação/capacitação em PICS, mas menos da metade utiliza as PICS como ferramenta de cuidado em seu local de atuação. Tais números, mesmo que tímidos, devem ser valorizados pela gestão.

Ao município é importante entender os motivos que levam alguns a ofertar as práticas no território, enquanto outros não. Para isso, devem ser estabelecidos espaços diálogo com os estes profissionais, como forma de facilitar a organização do processo de trabalho, oportunizar a oferta das PICS.

Independente do formato de inserção das PICS escolhido pela gestão, e considerando as especificidades do município em relação ao porte e densidade populacional, além dos objetivos e metas descritos no atual Plano de Saúde de Mendes, é sugerido que, inicialmente, sejam definidos no âmbito da AB no máximo três UBS para dar início ao plano de implantação das PICS. A escolha poderá ser realizada optando por aquelas onde existam mais

profissionais habilitados nas modalidades a serem ofertadas, ou naquelas onde os profissionais estão mais sensibilizados e motivados a exercerem. Deve ainda ser levado em consideração a estrutura física da unidade em relação à capacidade de atendimento.

Na AB observa-se uma fragilidade das PICS em relação às atividades coletivas, que muitas vezes são consideradas um trabalho invisível, comparada às demais atividades assistenciais. Essas ações podem e devem ser ampliadas na AB, sendo importante cativar a participação multidisciplinar, com destaque para os ACS, profissionais estes de grande potencial, pois, além de ser constituído como membro da eSF, é parte integrante da comunidade onde atua (FONTANELLA *et al.*, 2007).

O grupo de cessação do tabagismo, organizado e executado pelo Nasf-AB vem fazendo uso da auriculoterapia em seus encontros, de acordo com a demanda e a necessidade dos usuários participantes. A utilização da prática nos grupos de cessação do tabagismo de forma complementar ao tratamento convencional é oportuna, tendo em vista a sua praticidade, rápida aplicação, custo reduzido e possibilidade de atendimento de um quantitativo maior de usuários em um menor espaço de tempo (TESSER; NEVES; SANTOS, 2016). Sugere-se ainda que o espaço seja aproveitado para estudo e geração de evidências clínicas dos seus efeitos nesses usuários.

Em relação às modalidades de PICS a serem ofertadas no município, inicialmente, no âmbito da AB, é factível que sejam definidas a auriculoterapia e a acupuntura enquanto prioridades de implementação, entendendo que ambas já vêm sendo desenvolvidas nas UBS por meio de algumas eSF e pelo Nasf-AB. Além disso, são as duas modalidades contempladas no plano de saúde municipal que irá vigorar até 2025.

O mesmo vale para a atenção especializada. Tanto o setor de fisioterapia quanto o CAPS podem manter as atividades que vêm sendo desenvolvidas, e, posteriormente, discutir as possibilidades de ampliação da oferta, ainda hoje demasiada restrita.

O setor de fisioterapia deve buscar investir no aumento do número de sessões semanais em acupuntura, inicialmente de um para dois turnos, e posteriormente para quatro turnos. A prática de massoterapia possui um profissional exclusivo, estando no limite da sua carga horária disponível. Neste caso, a ampliação da oferta requer a disponibilização de mais profissionais, o que provavelmente será inviável, considerando a escassez de recursos humanos instalada no setor saúde municipal.

Como as atividades coletivas de hidroterapia estavam interrompidas, e retomadas no último mês de abril, não foi possível identificar suas características do seu público-alvo, funcionamento e as necessidades de aprimoramento. Neste caso, a gestão deverá utilizar os relatórios de monitoramento para as futuras tomadas de decisão.

A RAPS possui uma grande potencialidade de expansão das PICS em seus principais pontos de atenção, tendo em vista que as atividades coletivas são a principal forma de exercício dessas práticas no CAPS, a maioria sob o formato de oficinas. podendo ser pensada a ampliação da oferta para a residência terapêutica e ambulatório, por meio da capacitação de seus profissionais.

Neste caso, podem ser utilizados os profissionais do CAPS enquanto multiplicadores das PICS ofertadas no serviço (oficinas de relaxamento e hortas, arteterapia e musicoterapia). Os grupos têm boa aceitação por parte dos usuários, e são considerados um ambiente de produção de saúde (FONTANELLA *et al.*, 2007), devendo ser estimulado o seu desenvolvimento onde já são realizadas e a ampliação do acesso aos usuários dos demais pontos de atenção da RAPS.

Um outro ponto positivo das atividades coletivas está relacionado aos custos: um atendimento individual demanda uma maior disponibilidade de profissionais, comparado às atividades coletivas (ASSUNÇÃO, 2016), e por consequência, gera maiores gastos com capital intelectual, além de restringir o acesso a um maior número de usuários.

Todo o processo de implantação e implementação das PICS deverá ser monitorado a partir da análise dos indicadores dos sistemas de informação em saúde disponíveis. Para tanto, deve-se investir na qualidade dessas informações, com a regular manutenção e substituição dos equipamentos em mal estado e a qualificação dos seus profissionais quanto ao registro dessas informações. O adequado registro das PICS auxilia o seu monitoramento, sendo um diferencial na obtenção de respostas relacionadas à potência de sua contribuição para a resolutividade dos serviços de saúde onde está inserida e auxiliando nas principais tomadas de decisões (AMADO; ROCHA, 2021).

No decorrer das etapas de execução deste projeto, a participação coletiva foi valorizada, estando presente em todas as fases, desde o recebimento das respostas do questionário eletrônico até a participação na oficina técnica de elaboração da Matriz FOFA, espaço que proporcionou a construção da matriz de programação das ações e do modelo

lógico de intervenção, que posteriormente será validado com os profissionais enquanto desdobramento deste estudo.

O coletivo também esteve presente nos espaços de controle social neste período, a exemplo da inclusão das PICS na pauta da Conferência Municipal de Saúde de Mendes, sendo fundamental para a inclusão dessas atividades no atual Plano de Saúde municipal. A participação dos profissionais de saúde da RAS se deu também por iniciativa da gestão, que deu voz aos atores sociais nos espaços de discussão das diretrizes, objetivos e metas a serem incluídos no PS enquanto ações a serem executadas no quadriênio 2022-2025.

A participação conjunta de gestores, profissionais e usuários na implantação das PICS é tão importante quanto os resultados obtidos na assistência, pois possibilita o planejamento direcionado às realidades sociais e políticas do território e, conseqüentemente, a sustentabilidade das ações (BRASIL, 2017a). A não inclusão de profissionais de saúde e de usuários do SUS no processo de construção da política municipal das PICS dificulta a sua consolidação no território (SANTOS; TESSER, 2012).

A elaboração das políticas municipais são recursos capazes de potencializar processo de planejamento e a estruturação dos serviços de saúde do município, com vistas a ampliar e consolidar a oferta das PICS aos usuários do SUS. Para que elas sejam de fato consolidadas no rol de atividades do SUS municipal, é fundamental que esteja institucionalizada não apenas na “ponta”, ou seja, no nível operacional, como discutido neste projeto de intervenção. Com vistas a amparar a gestão nas futuras tomadas de decisão a respeito do rumo das PICS é fundamental que seja elaborada a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC), tendo como base a política nacional, e oficializada por meio de lei específica. Tal ação tende a fortalecer o alicerce estrutural das PICS, e, de certa forma, imunizá-las contra futuras trocas governamentais.

O estabelecimento de uma política municipal amplia a possibilidade da definição de um orçamento municipal específico para as PICS, seja por recursos próprios, a partir da reserva de percentual mínimo a ser aplicado pelo município em ações e serviços de saúde pública, considerando a responsabilidade tripartite, expressa na Constituição Federal (EC nº 29) e na Lei Orgânica de Saúde, seja por meio do estabelecimento de percentuais de financiamento dos demais entes federativos, como o Previde Brasil, e os provenientes do limite financeiro da média e alta complexidade, assim como os dispositivos de

cofinanciamento que podem ser utilizados no custeio das ações em PICS. O Quadro 17 demonstra os recursos aplicáveis às PICS no município.

Quadro 17 - Recursos aplicáveis às PICS no âmbito do município de Mendes-RJ

Recurso	Frequência	Redes de Atenção à Saúde		
		AB	RAPS	Fisioterapia
FEDERAL				
Previne Brasil	Contínuo	x		
Média e Alta Complexidade (MAC)	Contínuo	x	x	x
ESTADUAL				
COFI-RAPS	Contínuo		x	
PREFAPS	Contínuo	x		
PROTEJA	Estratégico	x		
PROGRAMA-AÇÃO				
DANTS	Estratégico	x	x	x
Saúde do idoso	Estratégico	x	x	x
Saúde do homem	Estratégico	x	x	x
Saúde da Criança e adolescente	Estratégico	x		
Programa Saúde na Escola (PSE)	Estratégico	x		
EMENDAS PARLAMENTARES				
		x	x	x

Fonte: Elaboração própria

Entre os recursos de cofinanciamento mais relevantes e que podem ser investidos nas ações em PICS estão o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária (PREFAPS) e o Cofinanciamento Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial (COFI-RAPS). Ambos de iniciativa estadual, têm como objetivos apoiar a organização, expansão e qualificação da Atenção Primária à Saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro (Resolução SES nº 1.846, de 09 de maio de 2019) e a qualificação e ampliação da RAPS (Resolução SES nº1911, de 23 de setembro de 2019), respectivamente. Ambos podem ser utilizados, inclusive, para o investimento na qualificação profissional dos seus servidores (BRASIL, 2019).

Uma possibilidade de implementação das PICS na AB está na pactuação das metas da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), proposto pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reduzir os índices de obesidade infantil. Uma das metas estratégicas do programa, opcionais aos municípios, é a utilização das PICS como ação de prevenção à obesidade nas crianças e adolescentes, e Mendes pactuou essa meta em seu termo de adesão. É uma ótima oportunidade de investimento utilizando o recurso em questão, tendo em vista a posterior obrigatoriedade de prestação de contas à União, referente às ações pactuadas e executadas.

Outro formato de recurso que pode ser utilizado na implementação das PICS são os Programas/Ação, que consiste em uma dotação orçamentária na qual os gestores públicos podem cadastrar propostas de projetos mediante programas previamente elencados pelo Ministério da Saúde. “Os recursos de programação são executados conforme o planejamento da política/programa e disponibilidade orçamentária.” (BRASIL, 2020b, p. 23). Como exemplo, podem ser citados os recursos destinados às ações frente às DANT e o Programa Saúde na Escola (PSE).

Uma das formas categóricas que os municípios têm disponível para adquirir recursos adicionais é via emenda parlamentar. Trata-se de um dispositivo do Congresso Nacional utilizado na elaboração do orçamento anual. As emendas proporcionam a alocação dos recursos públicos de acordo com as necessidades loco-regionais, pontuadas pela gestão municipal. A mobilização desses recursos destinados às PICS, para ser concretizada, necessita da iniciativa dos gestores municipais, no sentido de inserir estas ações nas programações assistenciais, de forma a garantir a sua legitimação no sistema orçamentário (BRASIL, 2020c).

5.2 DESENHO DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DAS PICS NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ: A MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

A partir das informações concatenadas no questionário eletrônico aplicado aos profissionais da RAS, no mapeamento das PICS e no produto gerado pela oficina técnica realizada no âmbito da gestão local de saúde municipal, foi desenvolvida uma matriz de programação das ações descrita enquanto plano de implantação das PICS no município de Mendes-RJ. O instrumento pode ser observado nos Quadros 18 e 19.

Quadro 18 - Matriz de programação das ações

Situação Problema	Baixa implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Mendes-RJ.
Descritores	<p>Ausência de orçamento específico indutor, previsto na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para investimento nas PICS;</p> <p>Ausência de plano estratégico de implementação das PICS no município;</p> <p>Ausência de política pública municipal sobre as PICS;</p> <p>Ausência de estrutura física adequada para desenvolvimento das PICS na maioria das unidades básicas de saúde;</p> <p>Desconhecimento sobre as PICS tanto por profissionais, quanto pela população;</p> <p>Força de trabalho insuficiente na Atenção Básica do município;</p> <p>Escassez de recursos humanos capacitados em PICS na rede municipal de saúde;</p> <p>Ausência de coordenação específica de PICS no município;</p> <p>Ineficiência do sistema de referência e contra referência na rede municipal de saúde;</p> <p>Ausência de insumos específicos para o desenvolvimento das PICS;</p> <p>Inexistência de agenda específica de PICS na Atenção Básica.</p>
Indicadores	<p>14,3% de unidades de saúde com estrutura adequada ao desenvolvimento das PICS;</p> <p>23,7% de profissionais da RAS com algum tipo de formação/capacitação em PICS;</p> <p>60,5% de profissionais da RAS já ouviram falar ou conhecem as PICS;</p> <p>44,7% de profissionais da RAS conhecem a PNPIC;</p> <p>38,9% de profissionais da RAS com formação/capacitação em PICS e que ofertam as atividades no local de trabalho;</p> <p>84,2% de profissionais da RAS interessados em capacitações relacionadas às PICS.</p>
Metas	<p>Definir a previsão orçamentária a ser aplicada em PICS, com base nos recursos financeiros previstos;</p> <p>Instituir uma coordenação de PICS no âmbito da secretaria municipal de saúde;</p> <p>Instituir a Política Municipal de PICS no município;</p> <p>Adequar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem estrutura física inadequada para o desenvolvimento das PICS, em consonância com os prazos de reforma estabelecidos no Plano de Saúde do município de Mendes;</p> <p>Licitar 100% dos insumos específicos das PICS a serem exercidas;</p> <p>Aumentar em 50% a divulgação das PICS nas mídias sociais e institucionais, assim como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);</p> <p>Ofertar as PICS em pelo menos 25% das UBS no primeiro ano de vigência do atual Plano de Saúde municipal (2022-2025);</p> <p>Aumentar em 50% os recursos humanos capacitados em PICS ao final do segundo ano de implementação do plano (dezembro de 2023).</p>
Resultados Esperados	Implantar as Práticas Integrativas e Complementares na RAS, com ênfase na Atenção Básica.
Causas Críticas	<p>Causa Crítica 1: Fragilidade Institucional das PICS – ausência de política municipal/ lei específica e orçamento específico que legitime a inclusão dessas práticas no rol de serviços oferecidos na Atenção Básica (AB);</p> <p>Causa Crítica 2: Baixo conhecimento sobre as PICS e suas aplicações, tanto pela</p>

	população quanto pelas equipes de saúde.			
Causa Crítica 1	Fragilidade Institucional das PICS – ausência de política municipal/ lei específica e orçamento específico que legitime a inclusão dessas práticas no rol de serviços oferecidos na Atenção Básica (AB).			
Ação	Recursos	Produtos	Prazo	Responsáveis
Realizar reunião para discussão das propostas de diretrizes e objetivos a serem incluídas nas pautas da Conferência Municipal de Saúde de Mendes.	Cognitivo; Organizativo	Reunião para discussão das propostas de diretrizes e objetivos a serem incluídas nas pautas da Conferência Municipal de Saúde de Mendes realizada	Realizado em maio de 2021	1-Setor de Planejamento – SMS Mendes; 2-Coordenações de toda a Rede de Atenção à Saúde do Município de Mendes
Inserir temas relacionados às PICS na Conferência Municipal de Saúde de Mendes.	Cognitivos; Organizativos; Políticos	Temas relacionados às PICS inseridos nas pautas da Conferência Municipal de Saúde de Mendes	Realizado em julho de 2021	1- Conselho Municipal de Saúde; 2-Setor de Planejamento da SMS de Mendes
Inserir as PICS no Plano de Saúde municipal (2022/2025).	Cognitivos; Materiais; Políticos; Organizativos	Ações de PICS instituídas no Plano Municipal de Saúde de Mendes.	Realizado em dezembro de 2021	Setor de planejamento da SMS de Mendes
Aplicar questionário eletrônico (<i>web survey</i>) sobre as PICS aos profissionais atuantes da rede municipal de saúde de Mendes.	Cognitivos; Organizativos; Virtuais	Questionário eletrônico aplicado.	Realizado entre 03/01 a 18/02/2022	Pesquisadora Responsável
Realizar uma oficina técnica direcionada à gestão da SMS de Mendes.	Cognitivos; Materiais; Organizativos	Construção da Matriz FOFA/SWOT e o desenvolvimento de estratégias de ações para a implementação das PICS no município.	Realizado em 07/02/2022	Pesquisadora Responsável

Fonte: Elaboração própria

Quadro 19 - Matriz de programação das ações (continuação)

Causa Crítica 2	Baixo conhecimento sobre as PICS e suas aplicações, tanto pela população quanto pelas equipes de saúde.			
Ação	Recursos	Produtos	Prazo	Responsáveis
Mapear as demandas de qualificação em PICS entre os profissionais da RAS	Cognitivos; Organizativos.	Demanda de qualificação em PICS mapeada.	Fevereiro de 2022	Pesquisadora Responsável
Identificar os profissionais da RAS que possuem expertise em PIC e verificar se há interesse em serem multiplicadores	Cognitivos; Organizativos	Profissionais com expertise em PICS interessados em serem multiplicadores verificados	Dezembro de 2022	1- Educação Permanente em Saúde (EPS)
Incluir na agenda de Educação Permanente em Saúde (EPS) capacitações em serviço para profissionais da RAS	Cognitivos; Materiais; Organizativos; Didáticos	Capacitações em PICS para profissionais da RAS incluídas na agenda de educação permanente	Janeiro de 2023	1-Coordenação da AB; 2-Coordenação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB); 3- EPS
Incluir na agenda de Educação em Saúde da Atenção Básica (AB) atividades sobre PICS	Cognitivos; Materiais; Organizativos; Didáticos	Atividades sobre PICS inseridas na agenda de Educação em Saúde da AB	Janeiro de 2023	1-Coordenação da AB; 2-Coordenação do Nasf-AB
Promover a qualificação profissional em PICS para servidores da rede de saúde municipal	Cognitivos; Materiais; Organizativos; Financeiros	Servidores da rede municipal de saúde qualificados em PICS	Dezembro de 2023	Coordenação das PICS; Coordenação de EPS
Instituir um Plano de Informação e Comunicação em PICS para a comunidade	Cognitivos; Materiais; Organizativos; Virtuais; Financeiros; Didáticos	Plano de Informação e Comunicação em PICS para a comunidade instituído	Dezembro de 2023	Coordenação das PICS; Setor de Imprensa

Fonte: Elaboração própria

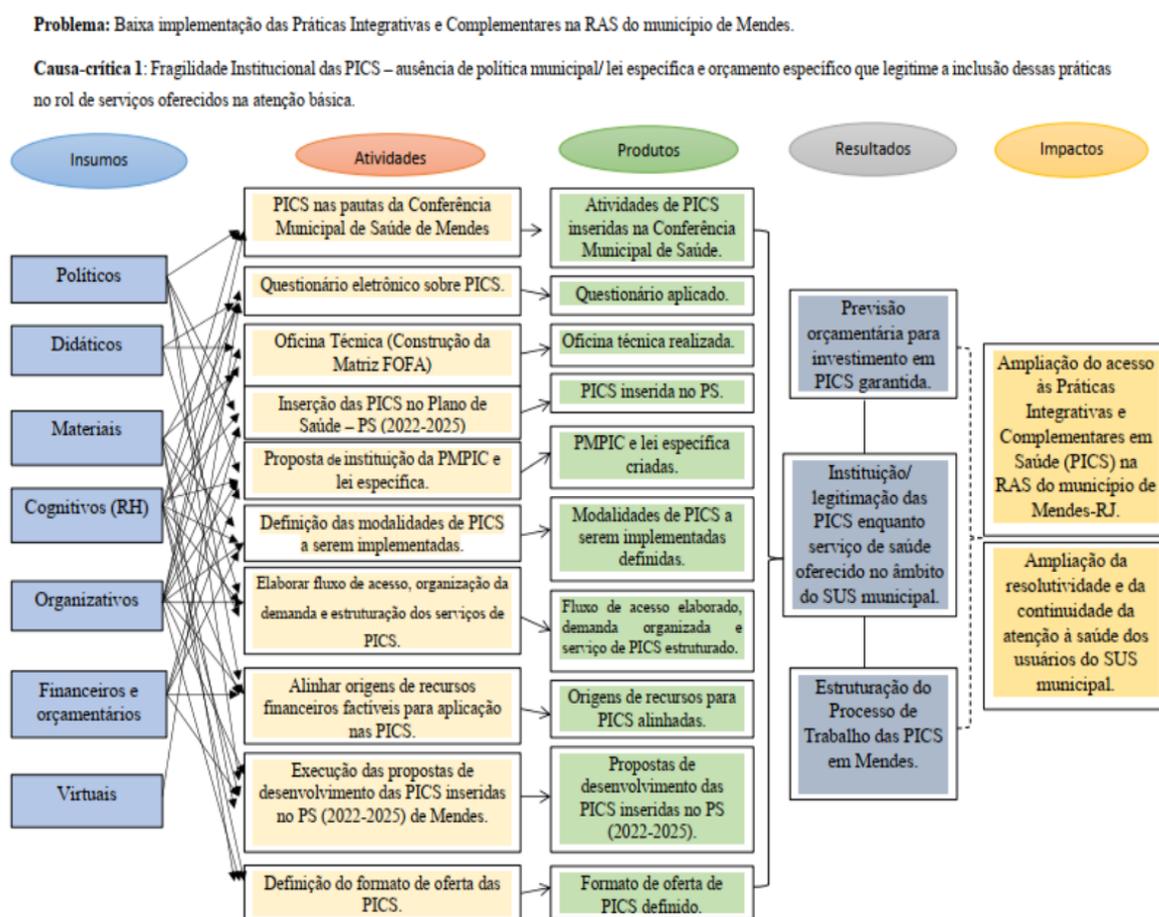
5.3 MODELO LÓGICO DE IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MENDES-RJ

O modelo lógico (ML) consiste numa representação gráfica de uma intervenção. Pode ter diferentes desenhos, desde que consiga estabelecer a racionalidade lógica entre os componentes estruturais de uma intervenção, principalmente considerando-se as mudanças esperadas com sua implementação, adotando-se a teoria prescritiva de Chen (1990 *apud* MEDINA, *et al.*, 2005), que se referem aos pressupostos sobre como os componentes técnicos

e estruturais de uma política ou programa devem se relacionar para que se alcance a mudança planejada. Esses pressupostos relacionam-se, por exemplo, aos elementos da intervenção necessários para que o efeito esperado ocorra, como eles devem ser organizados e quem são os atores qualificados para executá-los.

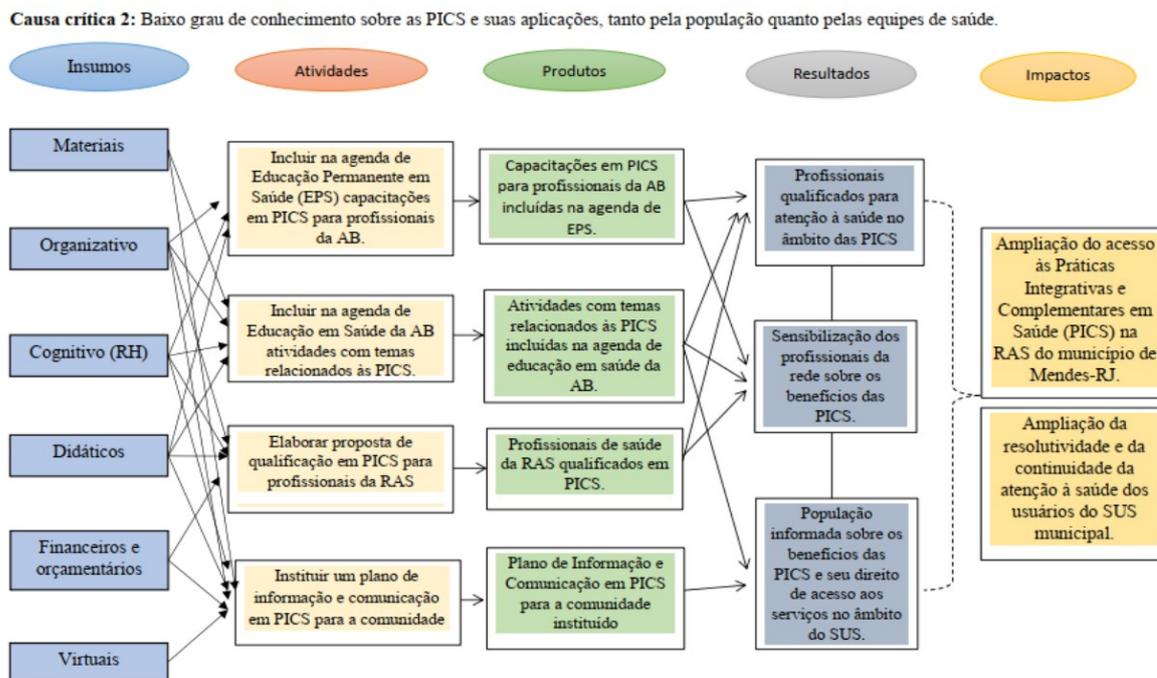
Nesse estudo, optamos pelo modelo linear pipeline, que considera os componentes estruturais da intervenção: estrutura, processo, produto, resultado e impacto, conforme apresentado nas figuras 5 e 6, a seguir.

Figura 5 - Modelo Lógico de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ



Fonte: Elaboração própria

Figura 6 - Modelo Lógico de Implantação das PICS no município de Mendes-RJ (2ª parte)



Fonte: Elaboração própria

Uma das limitações de um ML está em não relevar os entraves possíveis para a execução do plano. Sendo assim, será necessário proceder com a sua validação e discutir sobre os componentes, metas, barreiras e fragilidades do programa a ser avaliado, com os atores principais participantes da construção do plano.

5.3.1 Validação do instrumento de intervenção

A proposta desse projeto de intervenção é promover o diálogo e consensuar a compreensão da intervenção entres os atores chave, por meio da validação do modelo lógico. Será realizada uma oficina com os mesmos atores participantes da oficina de construção da matriz FOFA, assim como os profissionais de saúde da AB, de modo a promover o debate sobre a intervenção, estabelecer acordos e ainda proceder a reformulação dos componentes que por consenso não tiverem uma racionalidade lógica entre si. Após a validação, pretende-se ainda elaborar uma matriz de indicadores de monitoramento considerando os componentes da intervenção (estrutura, atividades, resultados).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise do questionário eletrônico foi identificado que a maioria dos profissionais de saúde já ouviram falar ou conhecem as PICS, no entanto, poucos conhecem a política que as embasam. Entre as modalidades mais conhecidas foram citadas: acupuntura, auriculoterapia e homeopatia. Entre as menos conhecidas estão: medicina antroposófica, apiterapia e termalismo.

Entre os profissionais respondentes da *web survey*, foram identificados 18 com algum tipo de qualificação em PICS. As mais citadas foram: auriculoterapia, reflexologia, acupuntura, musicoterapia, Terapia Comunitária Integrativa e Terapia de Florais. Ao todo, 17 modalidades diferentes foram citadas. Todavia, destes, menos da metade ofertam o serviço no seu ambiente laboral. Tal fato possivelmente ocorre devido aos problemas de infraestrutura, escassez no fornecimento de insumos específicos, somadas à sobrecarga nas agendas e inexistência de programas de qualificação profissional.

O resultado da *web survey* afirmou a premissa de que há interesse por parte dos profissionais da rede em conhecer e aprender mais sobre as PICS e seus benefícios, e a maioria declarou o seu interesse por capacitações na área, principalmente nas modalidades de acupuntura e auriculoterapia, práticas estas ofertadas na rede e oficialmente postas como meta de implementação na AB para o quadriênio iniciado

As PICS estão presentes no município de Mendes tanto na AB, via equipes de saúde da família e de matriciamento (Nasf-AB), quanto na atenção especializada, tendo o Centro de Fisioterapia e Reabilitação e a Atenção Psicossocial como representantes. Entre as modalidades de PICS ofertadas na RAS municipal estão: acupuntura, arteterapia, auriculoterapia e musicoterapia. Há também a oferta de práticas corporais (relaxamento e massoterapia), hidroterapia (ao ser entendida como prática do termalismo) e oficina de hortas.

Na Atenção Básica, observa-se o predomínio dos atendimentos individuais, com exceção do Nasf-AB, que utiliza a auriculoterapia complementar ao tratamento convencional no grupo de cessação do tabagismo. O mesmo ocorre com a fisioterapia, característico em ambulatórios especializados. Em oposição, o CAPS oferta as PICS, majoritariamente, sob a forma de atividades coletivas. Os atendimentos em PICS na AB ocorrem, em sua maioria, diluído nas atividades de rotina, sem a necessidade da reserva de horários exclusivos para as

práticas, ocorrendo o inverso na atenção especializada, onde as atividades são realizadas em horários e turnos específicos. O acesso, nos três pontos de atenção, se dá por encaminhamentos, tanto internos (na mesma unidade ou serviço), quanto externos (profissionais da RAS). As principais demandas de encaminhamento são as dores crônicas, como as lombalgias, em seguida o sofrimento psíquico.

O modelo de inserção das PICS mais viável ao município é, na AB, a combinação de oferta via profissionais da eSF e Nasf-AB. Para que haja êxito, deve-se investir na qualificação destes profissionais, considerando o caráter híbrido dos atores. Recomenda-se a manutenção das atividades na atenção especializada, que de alguma forma, oferta regularmente a maior variedade de PICS na RAS.

Em relação às modalidades de oferta na AB, é factível a manutenção da auriculoterapia e a acupuntura enquanto prioridades de implementação, entendendo que ambas já vêm sendo desenvolvidas nas UBS e estão contempladas no plano de saúde municipal que irá vigorar até 2025.

Foi evidenciado nos três pontos de atenção à saúde a má qualidade dos registros nos sistemas de informação. As principais causas da má qualidade dos registros estão relacionadas em parte pela falta de qualificação dos profissionais responsáveis pela alimentação dos sistemas de informação, assim como pela ausência de uma estrutura informatizada nas unidades (equipamentos e rede). A maior parte dos registros são realizados manualmente, não havendo a correta sistematização das informações e posterior geração de relatórios de gestão.

Considera-se um limite deste estudo, os registros de produção da Atenção especializada, considerando que ambos não possuem regularidade de alimentação dos sistemas de informação vigentes, tendo sido coletados diretamente na gestão local para a realização do mapeamento.

Observa-se o interesse do município em implantar as PICS ao passo que o atual PS, vigente até 2025, inseriu entre seus objetivos e metas, ações de saúde relacionadas a duas modalidades de PICS (auriculoterapia e acupuntura). Tal falta constitui uma das forças identificadas durante a construção do plano, mas não basta para a sua efetiva implementação, sendo necessário ao gestor dar prosseguimento no processo de planejamento, com a devida inclusão nos demais instrumentos de gestão.

A fim de incentivar a continuidade dessas ofertas, assim como a expansão das PICS no SUS municipal, cabe à gestão incluir, entre suas ações direcionadas à implementação dessas

práticas, propostas de qualificação profissional e a inclusão de capacitações em suas agendas de educação permanente aos profissionais de saúde já atuantes na área e àqueles que demonstraram interesse em aprender.

Partindo da premissa que os próprios profissionais atuantes na RAS sejam, substancialmente, os protagonistas na implantação das PICS no município, sugere-se que o núcleo se aproprie do mapeamento realizado em uma das etapas deste estudo, e identifique individualmente aqueles que possuem formação em PICS, mesmo que não as exerçam no ambiente de trabalho. Para isso, é fundamental que sejam estabelecidos espaços de troca e diálogo com os estes profissionais, como forma de facilitar a organização do processo de trabalho, oportunizar o oferecimento das PICS no espaço das UBS, e identificar profissionais com *expertise* em PICS que posteriormente possam vir a se tornar multiplicadores e contribuir nas capacitações em serviço.

A utilização dos recursos do Programa Previne Brasil como um dos indutores da implantação das PICS na AB é uma possibilidade. Apesar da inexistência de recurso específico indutor para a implementação da PNPIC nos municípios, especificamente na AB, seu modelo de financiamento federal faculta ao gestor aplicá-lo em razão das necessidades locais. No entanto, existem outras fontes de recursos, federais e estaduais, passíveis de utilização nas PICS, a exemplo do PREFAPS, na AB e o COFI-RAPS, na RAPS.

Cabe enfatizar a importância do desenvolvimento de uma política local, atrelada a um ato normativo, capaz de conferir segurança e legitimidade, e garantir a continuidade do processo de implementação, considerando o caráter cíclico das mudanças governamentais. Entretanto, é imperativo que a política não seja meramente limitada a um ato político-normativo, mas que sejam desenvolvidos dispositivos operacionais compatíveis com as especificidades locais, discutidos coletivamente na RAS, para de fato, consolidar as PICS no SUS municipal.

Para além das estratégias de implantação das PICS apontadas neste estudo, se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas de viabilidade econômica, de acordo com as realidades locais, capazes de estimar, com precisão, os custos de implementação das PICS no SUS e auxiliar nas tomadas de decisão no processo de planejamento das PICS.

Como produtos deste projeto de intervenção estão a matriz de programação de ações, que descreve, detalhadamente o passo a passo da implementação do plano de implantação das PICS no município de Mendes-RJ e o respectivo modelo lógico, a ser validado junto aos

atores sociais envolvidos em um próximo momento, enquanto desdobramento do projeto de intervenção.

Estudos futuros podem dar continuidade ao plano, com o desenvolvimento de um processo de avaliação das PICS no âmbito municipal. Além disso, poderá contribuir para o desenvolvimento de outros projetos de implantação em municípios de portes semelhantes, em especial na região Centro-Sul Fluminense.

A partir da concepção de um plano de implementação das Práticas Integrativas e Complementares espera-se dar um passo a favor do processo de institucionalização dessas práticas no município de Mendes. A ausência de legitimação constitui hoje o maior impasse na efetiva implementação das PICS no cenário nacional, mantendo fragilizada a sua regulamentação e, por consequência, a instabilidade na continuidade da prestação dos serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do Cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. v. 42, n. 1, set. 2018. p. 244-260.

AMADO, D. M.; ROCHA, P. R. S. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). *In*: TOMA, T. S. *et al.* (org). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021. 362 p.

AMARAL, Maria Thereza Cera Galvão do. Práticas integrativas em saúde: aprendizado em serviços. *In*: NASCIMENTO, Marilene Cabral do; NOGUEIRA, Maria Inês (org.). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.

ARENTZE, T.; HOFMAN, F.; TIMMERMANS, H. Predicting Multi-Faceted Activity-Travel Adjustment Strategies in Response to Possible Congestion Pricing Scenarios Using an Internet-Based Stated Adaptation Experiment. **Transport Policy**, volume 11, Issue 1, 2004. p. 31-41.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Livro I. Coleção Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2000.

ASSUNÇÃO, M. C. T. **Análise de custos de um serviço de práticas integrativas e complementares no município de João Pessoa – Paraíba**. 2016. 45p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

ASSUNÇÃO, M. C. T. *et al.*. Análise de custos em unidade de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa no Brasil. **Rev Saude Publica**, São Paulo. v. 54, n. 145, abr. 2020. p.1-99.

AZEVEDO, C. da S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. Análise. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 2, jun. 1992. p. 129-133.

BALBIM, R. *et al.* **Metodologia de avaliação de resultados: o caso das intervenções do PAC urbanização de favelas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013

BARBOSA, F. E. S. *et al.* Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, 2020. p.1-13.

BARROS, N. C. Bases da sociologia das medicinas alternativas, complementares e integrativas no campo da saúde. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Estudos teóricos e empíricos. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2012. p. 285-308.

BEZERRA, L. C. A. B.; CAZARIN, G.; ALVEZ, C. K. A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. et al. (org.). **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.

BODEKER, G; KRONENBERG, F. A. Public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. **Am J Public Health**, v. 92. n. 10, 2002. p.1582-91.

BRAGA, H. H. **Práticas Integrativas e Complementares e Educação Permanente em Saúde**: Implicação na Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. 2019. 137p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 2018, de 06 de março de 1997. **Reconhece as categorias de profissionais de saúde de nível superior**. Brasília: 1997. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

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: Ministério da Saúde; 2006. 92 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/npic>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.741, de 11 de julho de 2008. Altera dispositivos da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica**. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111741.htm. Acesso em: 02 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022)**. 1.ed. Brasília: 2011a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Estratégias de Implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS nos Municípios e Estados. **Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os gestores do SUS**. Brasília: 2020b. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Planejamento em Saúde. **Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os gestores do SUS**. Brasília: 2020c, 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e complementares. Uso de Evidências em PICS. **Guia de práticas integrativas e Complementares em Saúde para os gestores do SUS**. Brasília: 2020e, 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Brasília: 2020f. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Sistemas de Informação em Saúde: Registro e Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Guia de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os gestores do SUS**. Brasília: 2020g. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil**. Estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n->. Acesso em: 05 out. 2021.

BRITO, F. M. et al. Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros. **R. pesq. cuid. fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr. 2017. p. 480-487.

BROWN, A.; DOWLING, P. **Doing research/reading research**: a mode of interrogation for teaching. Londres: Routledge Falmer, 2001.

CÂMARA MUNICIPAL DE MENDES. **A Cidade Mendes, portal**. Mendes, 2021. Disponível em: <https://www.mendes.rj.leg.br/2>. Acesso em: 05 jun. 2021.

CARDOSO, G. C. P.; SANTOS, E. M. (org.). **Proposta Pedagógica**: Monitoramento e avaliação para ação em saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota técnica. Brasília: IPEA. 2010.

CAVALCANTI, F. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. *In*: BARRETO, A. F. (org.). **Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação**. Recife: UFPE, 2014. p. 139-153.

CHUEHUEN, N. J. A. *et al.* Uso e compreensão da medicina complementar pela população de Juiz de Fora. **HU Rev**, v. 36, n. 4, 2010. p. 266-276.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento Estratégico**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHIAVENATO, I. **Administração nos Novos Tempos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e Programação em Saúde: Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário**. Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP. Rio de Janeiro, 2008. 21p.

CONTATORE, O. A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, 2015. p. 3263–73.

DE SIMONI C.; BENEVIDES I.; BARROS N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev Bras Saúde Família**, Brasília, v. 18, ed. esp., mai.2008. p 70-76.

FAQUETI, A.; TESSER, C. D. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis/SC, Brasil. Percepção de usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2018. p. 2621-2630.

FELICIELLO, D. Aspectos conceituais e operacionais do planejamento em saúde com ênfase no SUS. **Caderno de Pesquisa NEPP**, Campinas, n. 90, 2021. 50p.

FERREIRA, S. C. C.; SILVA, L. B.; MIYASHIRO, G. M. Planejamento em saúde: *In*: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C; MIYASHIRO, G. M. (org.). **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. v. 2, p. 137-164.

FILHO, A. P. F. *et al.* Energia Elétrica e Iluminação Pública no Brasil da Belle Epóque: as empresas do engenheiro Aarão Reis. *In*: II SIMPÓSIO INTERNACIONAL ELETRIFICAÇÃO E MODERNIZAÇÃO SOCIAL. **Anais [...]**. Rio de Janeiro, 2012. 28 p. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/IISimp-Eletr-SaoPaulo/AlmirFreitas.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2022.

FONTANELLA, F. *et al.* Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arq Catarin Med**, v. 36, n. 2, abr./jun. 2007. p. 69-73.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, jan. 2019. p. 1-6.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Planejamento/Assessoria de Regionalização, Comissão Intergestores Regional da Secretaria Executiva da CIR Centro Sul. **Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul**. Rio de Janeiro, 2020. 182p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. s/d. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum**, v. 22, n. 2, dez. 2012. p. 233-238.

JALES, R. D. *et al.* Conhecimento e implementação das práticas integrativas e complementares pelos enfermeiros da atenção básica. **Rev. Pesqui.**, Univ. Fed. Estado Rio J., Online, v. 12, jan./ dez. 2020. p. 808-813.

KIEHL, L. F. O tamanho da amostra na pesquisa de mercado. **Rev. Adm. Empresas – FGV**, São Paulo, v. 10, n. 4, 2015.

KIM, S. Y.; SHIN, I. S.; PARK, Y. J. *Effect of acupuncture and intervention types on weight loss: a systematic review and meta-analysis*. **Obesity Reviews**, v. 19, n. 11, nov. 2018. p. 1585–1596.

KRACIK, M. L. A.; PEREIRA, P. M. B.; ISER, B.P.M. Medicina Integrativa: um parecer situacional a partir da percepção de médicos no Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, out./dez. 2019. p. 1095-1105.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. (org.). Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Planejamento na atenção básica**. Eixo 2: O Trabalho na Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 62 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LANA, F. C. F.; GOMES, E. C. R. Reflexões sobre o Planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev. Latino-americana enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, jan. 1996. p. 97-110.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas Integrativas e Complementares e relação com a promoção da Saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface**, Botucatu, 2013. p.1-12.

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. 3, set. 2017. p. 171-187.

LUZ, H. S; MARTINS, S. B. **Política Nacional De Práticas Integrativas E Complementares Como Contribuição Ao Direito De Escolha No Campo Da Saúde**. 2014. 39 p. Monografia (Especialização em Direito em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro.

- 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, 2005. p.145-176.
- LUZ, M. T. Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. *In*: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Estudos teóricos e empíricos**. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 25-48.
- LUZ, M.T. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: UERJ. 1993.
- MACEDO, D. F. *et al.* Potencialidades e Desafios do Processo de Planejamento Integrado: A Experiência de uma Secretaria Municipal de Saúde do Nordeste Brasileiro. **RIGS revista interdisciplinar de gestão social**, v. 7, n.1, jan./abr. 2018. p.183-195.
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Cereus**, Gurupi, v. 6, n. 1, mai. 2014. p.1-16.
- MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, v. 7, n. 4, 2011. p. 911-211.
- MATOS, P. C. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 23, fev. 2018. p. 1-8.
- MATTA, G. C. *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.
- MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: Ipea, 1993.
- MATUS, C. O Plano como Aposta. *In*: GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. (org.). **Coletânea Planejamento e Orçamento Governamental**. Brasília: ENAP, 2007. v. 2.
- MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.
- MENESES, P. P. M. Treinamento e desempenho organizacional: contribuição dos modelos lógicos e do método quase-experimental para avaliações de ações educacionais. **Análise**, Porto Alegre, v. 18, nº 1, 2007. p. 180-199.
- MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. s/d. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/institucionalizar>. Acesso em: 08 abr. 2022.

MISOCZKY, M. C. A.; GUEDES, P. **Planejamento e Programação na Administração Pública**. Florianópolis: Departamento de Ciência da Administração / UFSC; Brasília: CAPES, UAB, 2011.

MORATO, J. A. Q.; SILVA, B. C. Planejamento estratégico situacional: um instrumento para a formação e gestão de políticas públicas. **Rev. Gestão Pública: Práticas e Desafios**, Recife, v. 10, n. 2, out. 2016. p. 1-15.

NASCIMENTO, M. C. De panacéia mística a especialidade médica. A acupuntura na visão da imprensa escrita. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar./jun. 1998. p. 99-113.

NASCIMENTO, M. C. Acupuntura, Medicina e Interculturalidade. *In*: NASCIMENTO, M. C. (org.). **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.143-177.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, dez. 2013. p. 3595-3604.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, mar. 2011. p. 1793-1800.

NCCIH. *National Center for complementary and integrative health. Depression. 2012.* Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/depression>. Acesso em: 09 mar. 2022.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2012. p. 1293-1311.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, out. 2015. p. 2999-3010.

OLIVEIRA, D. **Planejamento estratégico**. São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, E.; FAORO, N. T.; CUBAS, R. F. Análise de tendência da taxa de mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no estado do Paraná entre 2000 e 2013. **Espaço Saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, jul. 2017. p. 90-99.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. Goiânia, Catalão: UFG, 2011.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNASUS/UFMA, 2016.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Administração Online**, São Paulo, v. 2, n. 3, jul./set. 2001. p.1-15.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata: OMS, 1978.

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

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia sobre medicina tradicional: 2014- 2023**. Genebra: OMS; 2013.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas-PAHO**. Disponível em: <https://www.paho.org/topicos/medicinas-tradicionais-c>. Acesso em: 08 abr. 2022.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde Para Não Especialistas. In. CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al.* As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, 2009. p. 75-80. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a14.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, abr./jun. 2017. p.275-284.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre os conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, jan./mar. 2017. p. 255-276.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MENDES. **História do Município de Mendes**. Mendes, RJ, 2017. Disponível em: <https://www.mendes.rj.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MENDES. **Plano Municipal de Saúde: 2022/2025**. Mendes, 2021. 38p.

RIVERA, F. J. U. Planejamento de Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes>. Acesso em: 13 mar. 2022.

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

SANTANA, R. M.; TAHARA, A. T. S. **Planejamento em Enfermagem**: aplicação do processo de enfermagem na prática administrativa. Ilhéus: Editus, 2008.

SANTOS, A. F. *et al.* Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, 2017. p. 1-14.

SANTOS, A. S. À Sombra da Fazenda: a pequena propriedade agrícola no Século XIX. In: **O Caminho da Liberdade: estratégias de alforrias no Vale do Paraíba Fluminense no século XIX**. 2020. 262 p. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SANTOS, F. A. *et al.* Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não médicos. **Rev. Bras. Fisioter**, v. 13, n. 4, jul./ago. 2009. p. 330-334.

SANTOS, F. A. Z. *et al.* Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011. p. 1154-1159.

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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. p. 3011-3024.

SILVA, N. S.; CAMARGO, N. C.; BEZERRA, A. L. Q. Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 5, 2017. p. 2320-8.

SILVA, M. T.; SILVA, E. N. da; BARRETO, J. O. M. Rapid response in health technology assessment: a delphi study for a Brazilian guideline. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 18, n. 51, 2018. p.1-7.

SILVA, G. K. S. *et al.* Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2020. p. 1-25.

SILVA, P. H. B. *et al.* Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, 2021. p. 399-408.

SOUSA, I. M. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos em municípios selecionados. **Cad. Saude Publica**, v. 28, n. 11, nov. 2012. p. 2143-2154.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. p.1-15.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. As práticas integrativas e complementares em saúde no SUS: reestruturação do cuidado ou fortalecimento do modelo assistencial? In: TOMÁ, T. S. *et al.* (org). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021.

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

TAKESHITA, I. M. *et al.* A implementação das práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, mar./abr. 2021. p. 7848-7861.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, abr. 2012. p. 921-928.

TCE-RJ. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. **Estudos Socioeconômicos dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro**: Mendes. Rio de Janeiro: 2021.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. p. 195-206.

TESSER, C. D. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. *In*: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Estudos teóricos e empíricos. Coleção clássicos para integralidade em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2012. p. 251-284.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, volume 21, 2012. p. 336-350.

TESSER, C. D.; NEVES, M. L.; SANTOS, M. C. Introdução à formação em auriculoterapia. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica**. Florianópolis: 2016. p. 1-44.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma categorização analítica para estudo e comparação de práticas clínicas em distintas racionalidades médicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.1, mar. 2018. p. 1-23.

TESSER, C. D.; SOUZA, 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, set. 2018. p. 174-188.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde Brasileira. *In*: SOUSA, I. M. C.; GUIMARÃES, M. B.; GALLEGOS-PEREZ, D. F. (org.). **Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas**. Recife: Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2021.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saude Publica**, v. 45, n. 2, abr. 2011. p. 249-257.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortaz, 2005.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, out. 2009. p. 1565-1577.

WERMELINGER, M. *et al.* A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, mai. 2010. p. 54-70.

WHO. World Health Organization. **Traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva: 2013.

WHO. World Health Organization. **Global report on traditional and complementary medicine 2019**. Geneva: WHO, 2019.

WHO. World Health Organization. **Health statistics and information systems: disease burden and mortality estimates**. Geneva, 2016. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates.html. Acesso em: 17 jan. 2022.

ZANETTI, T.G. *et al.* Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc. Cuid. Saúde**, vol. 9, n. 3, 2010. p. 448-455.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 1



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezado (a) trabalhador da rede de atenção à saúde do município de Mendes,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Planejamento estratégico das práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro”, desenvolvida pela pesquisadora Camila da Rocha Duarte de Carvalho, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Profa. Dra. Mirna Teixeira e coorientação da profa. Dra. Ângela Casanova. O objetivo central do estudo é planejar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Mendes.

O convite deve-se ao fato de você ser parte do quadro de profissionais da rede de atenção à saúde municipal. Sua participação é voluntária, portanto, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como se desvincular da pesquisa a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. No entanto, como o questionário é anônimo, caso desista de participar da pesquisa após já ter enviado o questionário, não será possível a retirada de suas respostas do banco de dados.

Sua participação consistirá em responder de forma anônima a um formulário eletrônico com 33 questões sobre janeiro as Práticas Integrativas e Complementares e sua implementação no município de Mendes-RJ, cujo tempo médio de resposta é de 20 minutos. Sua permissão implicará em aceitar o uso das suas respostas para a análise e construção do Projeto de Intervenção - PI. Você poderá se negar a responder alguma questão ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social, a qualquer tempo.

É garantida a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será realizada de forma agregada, evitando qualquer tipo de identificação. As informações coletadas ao longo do estudo ficarão armazenadas e salvas em arquivos digitais, de acesso somente da pesquisadora e orientadores.

Ao final, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme

Resoluções do CNS n 466/12 e n 510/16 e orientações do CEP/ENSP, sendo descartado ao final deste prazo.

Não há benefícios individuais por sua participação na pesquisa, e sim coletivos, à medida que contribui para a construção de um conjunto de dados que irão subsidiar o projeto de intervenção em questão, gerando um produto com vistas à melhoria da assistência à saúde da população.

O risco é a quebra de confidencialidade, que será evitado, uma vez que o questionário não é identificável. Para diminuir os possíveis danos e assegurar sigilo e privacidade das informações por você prestadas, as análises serão agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome ou equipe de saúde.

Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Contamos ainda com as regras e normas de sigilo praticado pelo Google (<http://policies.google.com/privacy>) na utilização do Google Forms. No entanto, há o risco inerente a qualquer acesso à internet.

A qualquer momento durante a pesquisa, ou mesmo posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados a seguir.

Pesquisadora responsável: Camila da Rocha Duarte de Carvalho; Orientação: Profa. Dra. Mirna Teixeira; Coorientação: Profa. Dra. Ângela Casanova.

Telefone/ e-mail: (21)99519-8166; camilardcarvalho@gmail.com

Os resultados serão apresentados a todos os participantes por meio de envio da versão final do relatório de pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, acesse: <http://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Tel.: (21) 2598-2863.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21041-210. cep@ensp.fiocruz.br

Baixar cópia do RCLE – É importante que você guarde este documento para que tenha o registro dos contatos do pesquisador e do CEP/ENSP.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Planejamento estratégico das práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro”, desenvolvida pela pesquisadora Camila da Rocha Duarte de Carvalho, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Profa. Dra. Mirna Teixeira e coorientação da profa. Dra. Ângela Casanova. O objetivo central do estudo é planejar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Mendes.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser parte do quadro de profissionais atuantes na gestão municipal de saúde do município de Mendes - RJ. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Sua participação consistirá em participar de uma reunião técnica no âmbito da gestão com o objetivo de identificar e discutir os principais problemas relacionados à implementação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Mendes-RJ, a partir do desenvolvimento da técnica “Matriz FOFA”, para posterior desenvolvimento de um plano de ações. Sua permissão implicará em aceitar o uso do conteúdo produzido durante a reunião para a análise e construção do Projeto de Intervenção - PI. A reunião somente será gravada se houver autorização de todos os participantes. A reunião tem uma previsão de duração de 3 (três) horas. Você poderá se negar a responder algum questionamento ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social, a qualquer tempo, assim como poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo e a qualquer momento da mesma.

Contudo, não será possível garantir o anonimato, privacidade ou sigilo de sua participação durante todas as fases da pesquisa, tendo em vista que se trata de uma reunião com a participação de gestores locais. Posteriormente, na divulgação científica, as informações serão dispostas de forma agregada, evitando qualquer identificação pessoal.

As informações coletadas ao longo do estudo ficarão armazenadas e salvas em arquivos

digitais, de acesso restrito e responsabilidade da pesquisadora e orientadores, e estes não farão uso destas informações para outras finalidades. Ao final, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS n 466/12 e n 510/16 e orientações do CEP/ENSP, sendo descartado ao final deste prazo.

Não há benefícios individuais por sua participação na pesquisa, e sim coletivos, à medida que contribui para a construção de um conjunto de dados que irão subsidiar o projeto de intervenção em questão, gerando um produto com vistas à melhoria da assistência à saúde da população.

O risco é a de identificação indireta devido ao número restrito de participantes, assim como o risco de constrangimento durante a participação na reunião. Para diminuir os possíveis danos e assegurar sigilo e privacidade das informações por você prestadas, as análises serão agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome ou local de atuação.

Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução n° 466/2012 e na Resolução n° 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A qualquer momento durante a pesquisa, ou mesmo posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados a seguir.

Pesquisadora responsável: Camila da Rocha Duarte de Carvalho; Orientação: Profa. Dra. Mirna Teixeira; Coorientação: Profa. Dra. Ângela Casanova.

Telefone/ e-mail: (21)99519-8166; camilardcarvalho@gmail.com

Os resultados serão apresentados a todos os participantes por meio de envio da versão final do relatório de pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será redigido em duas vias, sendo uma para você (participante) e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo por você (participante) e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página deste documento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, acesse: <http://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Tel.: (21) 2598-2863.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21041-210. cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Planejamento estratégico das práticas Integrativas e Complementares na Atenção

Primária à Saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

- () Autorizo a gravação da reunião técnica.
() Não autorizo a gravação da reunião técnica.

Ao assinar abaixo, o (a) Senhor (a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE.

Mendes: __ / __ / __.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador responsável

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO (*WEB SURVEY*)

Planejamento estratégico das práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado (a) trabalhador da rede de atenção à saúde do município de Mendes, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Planejamento estratégico das práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro”, desenvolvida pela pesquisadora Camila da Rocha Duarte de Carvalho, discente de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Profa. Dra. Mirna Teixeira e coorientação da profa. Dra. Ângela Casanova. O objetivo central do estudo é planejar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Mendes.

O convite deve-se ao fato de você ser parte do quadro de profissionais da rede de atenção à saúde municipal. Sua participação é voluntária, portanto, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como se desvincular da pesquisa a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. No entanto, como o questionário é anônimo, caso desista de participar da pesquisa após já ter enviado o questionário, não será possível a retirada de suas respostas do banco de dados. Sua participação consistirá em responder de forma anônima a um formulário eletrônico com 33 questões sobre as Práticas Integrativas e Complementares e sua implementação no município de Mendes-RJ, cujo tempo médio de resposta é de 20 minutos. Sua permissão implicará em aceitar o uso das suas respostas para a análise e construção do Projeto de Intervenção - PI. Você pode se negar a responder alguma questão ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social, a qualquer tempo. É garantida a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será realizada de forma agregada, evitando qualquer tipo de identificação. As informações coletadas ao longo do estudo ficarão armazenadas e salvas em arquivos digitais, de acesso somente da pesquisadora e orientadores. Ao final, todo o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS n 466/12 e n 510/16 e orientações do CEP/ENSP, sendo descartado ao final deste prazo. Não há benefícios individuais por sua participação na pesquisa, e sim coletivos, à medida que contribui para a construção de um

conjunto de dados que irão subsidiar o projeto de intervenção em questão. O risco é a quebra de confidencialidade, que será evitado, uma vez que o questionário não é identificável. Para diminuir os possíveis danos e assegurar sigilo e privacidade das informações por você prestadas, as análises serão agregadas de modo a não permitir identificação pelo nome ou equipe de saúde. Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à assistência e a buscar indenização por vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Contamos ainda com as regras e normas de sigilo praticado pelo Google (<http://policies.google.com/privacy>) na utilização do Google Forms. No entanto, há o risco inerente a qualquer acesso à internet. A qualquer momento durante a pesquisa, ou mesmo posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados a seguir. Pesquisadora responsável: Camila da Rocha Duarte de Carvalho; Orientação: Profa. Dra. Mirna Teixeira; Coorientação: Profa. Dra. Ângela Casanova. Telefone/ e-mail: (21)99519-8166; camilardcarvalho@gmail.com Os resultados serão apresentados a todos os participantes por meio de envio da versão final do relatório de pesquisa. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, acesse: <http://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Tel.: (21) 2598-2863. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manginhos – Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21041-210. cep@ensp.fiocruz.br.

Baixar cópia do RCLÉ – É importante que você guarde este documento para que tenha o registro dos contatos do pesquisador e do CEP/ENSP.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Planejamento estratégico das práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de um município do interior do estado do Rio de Janeiro” e concordo em participar.

*Obrigatório

1-

Li, compreendi e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando assim participar desta pesquisa. Ao clicar no botão abaixo, o (a) Senhor (a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. *

Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”.

Informações Pessoais e Profissionais

2- *Gênero* *

Outro:

Homem

Mulher

3.Faixa etária *

18 a 20

21 a 30

31 a 40

41 a 50

51 a 60

61 ou mais

4.Cor *

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

5.Escolaridade *

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Ensino superior incompleto

Ensino superior completo

Pós-graduação

Mestrado

Doutorado

Pós-doutorado

6.Profissão *

Medicina

Enfermagem

Psicologia

Odontologia

Fisioterapia

Nutrição

Terapia ocupacional

Fonoaudiologia

Serviço Social

Educação Física

Farmácia

Técnico de enfermagem

Agente comunitário de saúde - ACS

Auxiliar de consultório dentário – ACD

Outro:

7. Tempo de formação na profissão *

Menos de 1 ano

1 a 3 anos

4 a 6 anos

7 anos ou mais

8. Tempo de atuação na rede municipal de saúde *

Menos de 1 ano

1 a 3 anos

4 a 6 anos

7 anos ou mais

9. Local de atuação atual no município *

Estratégia de Saúde da Família

NASF-AB

Hospital Municipal Santa Maria

Casa da Mulher – CASMCA

CAPS

Ambulatório de Saúde Mental

Residência terapêutica

Centro de Fisioterapia e reabilitação

Policlínica Municipal

Centro de triagem para Covid-19

Vigilância em Saúde

Central de imunização

Outro

10. Tempo de atuação no local de trabalho atual *

Menos de 1 ano

1 a 3 anos

4 a 6 anos

7 anos ou mais

11. Quem organiza a sua agenda de trabalho? *

O (a) gerente/ diretor (a) da unidade

O (a) seu (a) coordenador (a)

O (a) assistente administrativo da sua unidade

Você mesmo.

Práticas Integrativas e Complementares – PICS

12. Já ouviu falar nas Práticas Integrativas e Complementares (PICS)? *

Sim *Pular para a pergunta 13*

Não *Pular para a pergunta 14*

Modalidades de PICS

13. Quais modalidades você conhece ou ouviu falar? *

Acupuntura

Antroposofia

Aromaterapia

Arteterapia

Auriculoterapia

Apiterapia

Ayurveda

Biodança

Bioenergética

Constelação familiar

Cromoterapia

Dança circular

Geoterapia

Hipnoterapia

Homeopatia

Imposição de mãos

Meditação
Musicoterapia
Naturopatia
Osteopatia
Ozonioterapia
Plantas medicinais e fitoterapia
Quiropraxia
Reflexoterapia
Reiki
Shantala
Terapia Comunitária integrativa
Terapia de florais
Termalismo
Yoga

14. Você conhece ou já ouviu falar da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que orienta a execução dessas práticas? *

Sim, já ouvi falar, mas não oriento minhas práticas por este documento
Sim, e utilizo ou já utilizei o documento para orientar a minha prática
Não conheço

15. Você possui conhecimentos/formação em alguma modalidade de PICS? *

Sim *Pular para a pergunta 16*
Não *Pular para a pergunta 32*

16. Qual (s) modalidade (s) você possui conhecimentos/formação? *

Acupuntura
Antroposofia
Aromaterapia
Arteterapia
Auriculoterapia
Apiterapia
Ayurveda
Biodança
Bioenergética

Constelação familiar
Cromoterapia
Dança circular
Geoterapia
Hipnoterapia
Homeopatia
Imposição de mãos
Meditação
Musicoterapia
Naturopatia
Osteopatia
Ozonioterapia
Plantas medicinais e fitoterapia
Quiropraxia
Reflexoterapia
Reiki
Shantala
Terapia Comunitária integrativa
Terapia de florais
Termalismo
Yoga

17. Tipo de conhecimento/formação *

Outro:

Capacitação em serviço

Cursos livres

Cursos de formação técnica

Especialização

18- Em qual instituição você realizou a capacitação/formação, qual a carga horária e o ano de conclusão? *

19. A capacitação/formação foi realizada em qual modalidade? *

Presencial

EAD

Semipresencial

20. Você exerce essas práticas no seu local de trabalho? *

Sim *Pular para a pergunta 21*

Não *Pular para a pergunta 31*

PICS e o processo de trabalho em saúde

21. Como você exerce as PICS no seu local de trabalho? *

Em tempo integral (exerço exclusivamente as atividades de PICS)

Diluído no atendimento regular (ex.: em uma consulta, complemento o atendimento com as PICS)

Agenda específica para as PICS, sendo dividida com os outros atendimentos (ex.: agenda dividida em turnos para PICS, atendimento de pré-natal, preventivo, puericultura, entre outros).

Outro:

22. Essas atividades são pactuadas com sua chefia imediata e/ou coordenação? *

Sim

Não

23. A estrutura física da UNIDADE DE SAÚDE em que você atua é adequada para o desenvolvimento das PICS? *

Não são adequadas e não podem ser adaptadas para a realização das PICS

Apesar de não serem adequadas, podem ser adaptadas para a realização das PICS

São adequadas

24. Você utiliza insumos/equipamentos específicos para o desenvolvimento das PICS no seu local de trabalho? *

Sim

Não

25. Os insumos/equipamentos que você utiliza são fornecidos por: *

Recursos próprios

Recursos da unidade/gestão

26. Quais insumos/equipamentos específicos você identifica como necessários ao desenvolvimento das PICS no seu local de trabalho? *

27. Os seus atendimentos em PICS se dão de qual(s) maneira(s)? *

demanda espontânea

encaminhamento do médico da sua unidade

encaminhamento médico de outros serviços de saúde

encaminhamento de outros profissionais da sua unidade

encaminhamento de outros profissionais de outros serviços de saúde

28. E os atendimentos são realizados: *

Por hora de chegada

Através de agendamento prévio

29. Quais são as principais demandas de atendimento em PICS na sua unidade? *

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como por exemplo, hipertensos e diabéticos

Pacientes com sofrimento psíquico

Pacientes com relato de dores crônicas

Tabagistas

Etilistas

Outro

30. Assinale a (s) alternativa (s) que você considera como limitantes ao exercício das Práticas Integrativas e Complementares no seu local de trabalho:*

Dificuldade em conciliar a agenda regular e as PICS

Inexistência ou escassez de insumos e equipamentos para a realização das PICS

Falta de apoio da gestão local e/ou central no que diz respeito ao incentivo à realização das PICS

Falta de interesse da população local

Ausência ou escassez de capacitações em PICS

Ausência ou escassez de incentivo à formação por parte da gestão

Outro:

Potencialidades

31. Assinale a(s) alternativa(s) que você considera como potencializadoras ao exercício das PICS no seu local de trabalho:*

Disponibilizar turno específico na carga horária de trabalho para a realização das PICS

Possibilidade de flexibilização da carga horária para inserir as PICS na agenda profissional (ex.: carga horária estendida)

Incluir nas agendas de educação permanentes cursos/capacitações em PICS

Divulgar nas mídias institucionais as PICS oferecidas na rede de saúde municipal

Outro:

Capacitações

32. Você tem interesse em conhecer e/ou se qualificar em uma ou mais modalidades de PICS para exercer no local de trabalho? *

Sim *Pular para a pergunta 33*

Não *Pular para a pergunta 34*

33. Qual (s) modalidade (s) você tem interesse? *

Acupuntura

Antroposofia

Aromaterapia

Arteterapia

Auriculoterapia

Apiterapia

Ayurveda

Biodança

Bioenergética

Constelação familiar

Cromoterapia

Dança circular

Geoterapia

Hipnoterapia

Homeopatia

Imposição de mãos

Meditação

Musicoterapia

Naturopatia

Osteopatia

Ozonioterapia

Plantas medicinais e fitoterapia

Quiropraxia

Reflexoterapia

Reiki

Shantala

Terapia Comunitária integrativa

Terapia de florais

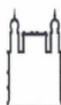
Termalismo

Yoga

Informações adicionais

34. Espaço reservado para o caso de existir alguma informação que você gostaria de repassar e não foi contemplada em nenhuma das questões acima.

APÊNDICE D – LISTA DE PRESENÇA DA OFICINA TÉCNICA



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

Oficina Técnica: Gestão das Práticas Integrativas e Complementares no Município de Mendes-RJ



Listagem de Presença

Nome	Cargo	e-mail	Assinatura
Álvia Campos Trincão	Téc. enfermagem	mcomp@munizipais.com	[Assinatura]
Luiza Henriques R. de Almeida	PLAN. ESTATÍSTICO	L.H.R. de Almeida	[Assinatura]
Vitor Lessa Vathias de Almeida	Coordenador AB	vitorlessa@munizipais.com	[Assinatura]
Guilherme Ferreira Manzella	especialista SM	enfermagem_bra@yahoo.com.br	[Assinatura]
Janilde da Silva S.	enfermeira	enfermagemparais@hotmail.com	[Assinatura]
Roberta Novais Serrazima	enfermeira	stokelyf@novais@gmail.com	[Assinatura]
Raquel Kae Batista	farmacêutico	enfermagem@gmail.com	[Assinatura]
Osvaldo Lima da Silva	At. Saúde	osvaldo@munizipais.com	[Assinatura]
Juliana Rios Torres Barcellos	Técnica Operacional	julianarios.torres@hotmail.com	[Assinatura]

APÊNDICE E – ATA DA OFICINA TÉCNICA

Data: a ser definido **Horário:** a ser definido **Duração:** 3 horas **Nº de Participantes:** 10

Público alvo: A reunião técnica destina-se a profissionais atuantes na gestão da secretaria municipal de saúde de Mendes.

Estratégias Metodológicas para o encontro

9:00hs – Abertura: apresentação da metodologia

9:30hs – Formação de um grupo para a discussão do tema em questão:

- **Trabalhar o eixo:** A Implementação das Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção à Saúde Municipal

- **Metodologia: Utilizar matriz FOFA**

Defina suas forças (ambiente interno)

Determine suas fraquezas (ambiente interno).

Liste as oportunidades (ambiente externo).

Enumere as ameaças (ambiente externo).

- ✓ Identificar estratégias de intervenção a partir da matriz FOFA

10:30hs: Plenária: apresentação da matriz FOFA e das estratégias de intervenção identificadas.

11:30hs: Avaliação da reunião

Produtos da Reunião Técnica:

- 01 matriz FOFA
- Indicação das estratégias de intervenção

Oficina Técnica: Gestão das Práticas Integrativas e Complementares no Município de Mendes-RJ

ATA DE REUNIÃO

Data: 07/02/2022 **Horário:** 9H **Duração:** 3 horas **Nº de Participantes:** 10

Público alvo: A oficina técnica destina-se a profissionais atuantes na gestão da secretaria municipal de saúde de Mendes e profissionais que atuam em PICS na RAS.

1 Roteiro

1.1 Assinatura da folha de presença e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1.2 Abertura: apresentação da metodologia (30 minutos)

Foram formados dois grupos de discussão sobre a Implementação das Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção à Saúde Municipal. A metodologia utilizada na oficina foi a análise estratégica, a partir da construção da Matriz FOFA e desenvolvimento de estratégias de intervenção para a implementação das PICS no âmbito municipal. O primeiro grupo teve como eixo de discussão a “Institucionalização das PICS” (eixo 1) e o segundo (eixo 2) o “Processo de Trabalho das PICS” (80 minutos).

Intervalo (10 minutos)

1.3 Plenária: apresentação das matrizes FOFA construídas e as estratégias de intervenção identificadas, e discussão entre os grupos (60 minutos).

2 Produtos da Oficina Técnica:

- 02 matrizes FOFA
- Indicação das estratégias de intervenção

Participantes

Participantes da Oficina Técnica	
Nome	Setor
Daniel Luzia da Silva	NASF-AB
Daniele da Silva Sá	ESF/ Conselho de Saúde
Giuliane Ferreira Manzella	Coordenação de Saúde Mental
Juliana Reis Torres	NASF-AB
Luiz Henrique de Almeida	Planejamento
Márcia Campos Pinheiro	ESF
Raquel Leal	Planejamento
Roberta Novais Serrazina	Informação em saúde/ Educação Permanente
Vitor Cesar Mathias de Menezes	Coordenação da Atenção Básica

3 Resultados

A divisão dos grupos se deu por escolha dos próprios integrantes da oficina. O primeiro grupo (eixo 1) ficou constituído de 04 (quatro) participantes e o segundo (eixo 2) de 05 (cinco). Cada grupo recebeu 2 folhas de papel pardo; uma para a construção da matriz FOFA e outra para a indicação das estratégias de ação. Receberam também filetes de papel colorido para anotação do conteúdo e colagem nas folhas de papel pardo. Outros materiais utilizados na oficina: canetas hidrocores (tipo piloto) azul e vermelha e fitas adesivas.

Matriz FOFA

3.1- Conteúdo das Matrizes Construídas

Eixo 1 – Institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares	
FORÇAS	OPORTUNIDADES
Parcerias existentes na rede de saúde (temos o exemplo da saúde mental, que referencia seus pacientes para a auriculoterapia nas UBS).	Receptividade às PICS por parte dos usuários
Existência de profissionais da rede capacitados em algumas modalidades de PICS (exemplos: auriculoterapia, acupuntura e terapia comunitária)	Programa Previne Brasil (novo modelo de financiamento da Atenção Básica). Apesar de não haver incentivo específico para as PICS, estas podem ser implementadas utilizando-se deste recurso.
O vínculo da Estratégia de Saúde da Família com a população adscrita nos seus territórios.	
Ações de PICS inseridas no Plano Municipal de Saúde, confeccionado no início de 2022 (já existem metas pactuadas para os próximos 4 anos).	
A iniciativa da gestão local (secretaria de saúde e coordenação da AB) em implementar as PICS.	
FRAQUEZAS	AMEAÇAS
Falta de recursos definidos para a implementação dessas práticas. A utilização do recurso advindo do Programa Previne Brasil, deve ser definido pelo gestor local (secretário de saúde), e a ele é facultado o seu uso nas PICS.	Ausência de recurso financeiro específico federal ou estadual para o desenvolvimento das PICS.
Inexistência de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no município.	Não confiabilidade/ credibilidade nas PICS por profissionais e usuários, que na maioria das vezes, desconhecem as práticas.

Estrutura física inadequada na maioria das unidades básicas de saúde (espaço físico insuficiente para a inclusão das PICS no rol de serviços ofertados).	
O desconhecimento das PICS por parte de muitos profissionais da rede de saúde municipal.	
Força de trabalho insuficiente (existe uma sobrecarga dos profissionais atuantes nos serviços de saúde de Mendes)	
Caráter descontínuo da oferta de PICS no município (sobrecarga dos profissionais que ofertam PICS, diluída no atendimento de rotina, ou por meio da disposição de turnos específicos para o desenvolvimento das práticas).	
Oferta insuficiente de auriculoterapia para a demanda existente na Atenção Básica. Não há profissionais suficientes para o atendimento nas UBS. No momento apenas 04 profissionais desenvolvem a atividade, sendo dois do NASF-AB e 02 profissionais da Estratégia de Saúde da Família.	

Eixo 2- O Processo de Trabalho	
FORÇAS	OPORTUNIDADES
Existência de força de trabalho (profissionais capacitados em PICS) na rede de serviços de saúde municipal (constatado no questionário online, apresentado ao grupo durante a apresentação da oficina).	Adesão dos usuários quando há oferta das atividades.
Interesse por parte dos gestores em implantar as PICS, principalmente pela iniciativa de discussão dessas atividades nas pautas da conferência municipal de saúde, ocorrida em 2021 e a posterior inclusão nos instrumentos de planejamento (PMS).	
O desenvolvimento de algumas modalidades de PICS no município por alguns profissionais, mesmo sem incentivo (insumos, estrutura física e equipamentos). A auriculoterapia é um exemplo. Eles desenvolvem a atividade por “Boa Vontade”.	
As PICS são atividades, em sua maioria,	

de baixo investimento.	
As PICS, ao serem desenvolvidas com regularidade, podem potencializar a redução da demanda por especialidades médicas e multiprofissionais, exames diagnósticos e medicações.	
FRAQUEZAS	AMEAÇAS
Agenda indisponível para inclusão das PICS. As agendas profissionais (principalmente dos médicos e enfermeiros) são sobrecarregadas com os atendimentos de rotina.	Ausência de financiamento específico para as PICS.
Ausência de insumos específicos para o desenvolvimento das atividades.	
Ausência de coordenação específica de PICS no âmbito municipal.	
Escassez de recursos humanos capacitados em PICS.	
Ausência de divulgação das PICS (seja nas mídias institucionais, seja nas próprias instalações físicas).	
Ineficiência no sistema de referência e contra referência na rede municipal. Dificilmente há retorno sobre o usuário às unidades encaminhadoras.	
A RAS possui problemas crônicos relacionados à porta de entrada dos serviços de saúde– a população tem como cultura ir diretamente ao hospital para atendimento ambulatorial (médico plantonista da emergência).	
Descontinuidade na prestação dos serviços.	

EIXO 1 – INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.
ESTRATÉGIAS
Desenvolver uma política municipal de PICS
Fortalecer a parceria entre os serviços da rede municipal
Valorizar o profissional capacitado em PICS
Criar lei municipal que ampare a política municipal de PICS, quando for desenvolvida, de forma a protegê-la de possíveis desestruturações em mudanças de governo.
Reservar recursos do Programa Previne Brasil para o desenvolvimento das PICS na Atenção Básica.
Realizar capacitações em PICS para os profissionais da rede.
Realizar reformas nas unidades básicas de saúde incluindo espaços para o desenvolvimento das PICS.
Criar uma equipe multiprofissional para desenvolvimento de PICS no território da Estratégia de Saúde da Família (equipe itinerante).
EIXO 2 – O PROCESSO DE TRABALHO
ESTRATÉGIAS
Divulgar amplamente as PICS nas mídias institucionais, sociais e nos serviços de saúde.
Desenvolver uma agenda de atendimento de PICS para as unidades, dentro da carga horária habitual do profissional.
Criar uma coordenação de Práticas Integrativas e Complementares.
Aumentar a força de trabalho (recursos humanos) na Atenção básica
Criar uma equipe de PICS de apoio à Estratégia de Saúde da Família (modelo parecido com o NASF).
Desenvolver um projeto de Implantação das PICS, prosseguindo com a devida apreciação e aprovação do conselho municipal de saúde, e posteriormente articular e sensibilizar a câmara de vereadores para a criação de lei específica municipal.
Utilizar parte das verbas do Programa Previne Brasil para o desenvolvimento das PICS.
Buscar outros recursos financeiros (federais e/ou estaduais) que possibilitem a sua utilização nas PICS.

FOTOGRAFIAS DA OFICINA







APÊNDICE F – CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

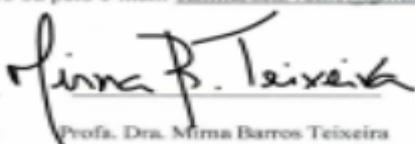
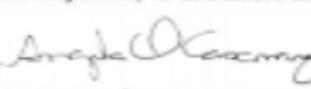
Ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde do Município de Mendes-RJ

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Planejamento da Implementação das Práticas Integrativas e Complementares – PICS na Atenção Primária à Saúde de um Município do Interior do Estado do Rio de Janeiro", a ser realizada no âmbito da Rede de Atenção à Saúde do município de Mendes, pela mestrandu Camila da Rocha Duarte de Carvalho, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Prof. Dra. Mirna Barros Teixeira e coorientação da Prof. Dra. Ângela Casanova, com os seguintes objetivos: planejar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Mendes; mapear a estrutura e o funcionamento das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Rede de Atenção à Saúde do município de Mendes; elaborar um plano de implementação das PICS a partir da construção de uma matriz de programação de ações. Para a realização da pesquisa se faz necessário o acesso aos dados a serem produzidos junto aos profissionais que atuam nas unidades de saúde da rede municipal, assim como no âmbito da gestão. Também será necessária a autorização para acesso aos relatórios de produção do Sistema e-sus AB e Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (BPA). Solicitamos ainda a autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como em futuras publicações em eventos e periódicos científicos.

Enfatizamos que, como se trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos, todos os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo. A coleta dos dados/informações requeridos deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, e está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS N° 466/2012, N° 510/2016 e N° 580/2018, além das resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados apenas para a realização desse estudo. Comprometemo-nos ao término da pesquisa, encaminhar cópia da dissertação para este gabinete, bem como apresentar para os serviços participantes os resultados e o Projeto de Intervenção construído, com vistas à melhoria e/ou aprimoramento dos serviços de saúde.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, através do seguinte telefone: (21)99519-8166 ou pelo e-mail: camilardcarvalho@gmail.com.

Rio de Janeiro, 19 de outubro de 2021.

Camila da R. Duarte de Carvalho Prof. Dra. Mirna Barros Teixeira Prof. Dra. Ângela Casanova
 Pesquisadora Responsável Orientadora Coorientadora

() não concordamos com a solicitação

() concordamos com a solicitação

OBS.: Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta de sua pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ. Após a aprovação, uma cópia do Parecer de Aprovação emitida pelo CEP deverá ser remetida ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde de Mendes.


 Ernandes de Oliveira Souza Filho
 Secretário Municipal de Saúde de Mendes-RJ


 Ernandes de O. S. Filho
 Portaria 230/2021
 Secretário Mun. de Saúde

APÊNDICE G – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS (TCUD)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Mendes-RJ

Eu, Camila da Rocha Duarte de Carvalho, aluna da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, sob orientação da Profa. Dra. Mirna Barros Teixeira e coorientação da Profa. Dra. Ângela Oliveira Casanova abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: "**Planejamento Estratégico Das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em um Município do Interior do Estado do Rio de Janeiro**", onde nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos sistemas de informação em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Mendes, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os documentos e a Resolução CNS Nº446/2012 do Ministério da Saúde, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a relatórios de produtividade, indicadores de desempenhos e informações sobre atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, no período de **01/12/2021 a 31/05/2022**.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Mendes, 20/10/2021.

Nome	Documento de Identificação	Assinatura
Camila da Rocha Duarte de Carvalho	124130006 Detran	
Mirna Barros Teixeira	08595179-6	
Ângela Oliveira Casanova	09209010-9 IFP-RJ	

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Mendes-RJ

Eu, **Camila da Rocha Duarte de Carvalho, aluna** da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, **do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**, sob orientação da Profa. Dra. Mirna Barros Teixeira e coorientação da Profa. Dra. Ângela Oliveira Casanova abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: **“Planejamento Estratégico Das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em um Município do Interior do Estado do Rio de Janeiro”**, onde nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos sistemas de informação em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Mendes, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os documentos e a Resolução CNS N°446/2012 do Ministério da Saúde, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a **relatórios de produtividade, indicadores de desempenhos e informações sobre atividades desenvolvidas nas unidades de saúde**, no período de **01/12/2021 a 31/05/2022**.

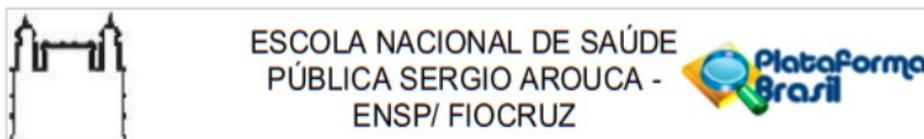
Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/ENSP.

Mendes, 20/10/2021.

Nome	Documento de Identificação	Assinatura
Camila da Rocha Duarte de Carvalho	124130006 Detran	
Mirna Barros Teixeira	08595179-6	
Ângela Oliveira Casanova	09209010-9 IFP- RJ	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento Estratégico das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de um Município do Interior do Estado do Rio de Janeiro.

Pesquisador: CAMILA DA ROCHA DUARTE DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51541521.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.115.500

Apresentação do Projeto:

Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado número 5.029.653, emitido em 08/10/2021.

Projeto de mestrado do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública, área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde, de CAMILA DA ROCHA DUARTE DE CARVALHO, orientada por Mirna de Barros Teixeira e co-orientada por Ângela Casanova, qualificado em 25/05/2021 com financiamento próprio no valor de R\$1.020.

Resumo: "Trata-se de um projeto de intervenção, sob a proposta de construção de um plano de implementação das Práticas Integrativas e Complementares na APS do município de Mendes – RJ. Objetivo Primário: planejar a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Mendes RJ; Objetivos Secundários: mapear a estrutura e o funcionamento das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) na Rede de Atenção à Saúde do município de Mendes; elaborar um plano de implementação das PICS a partir da construção de uma matriz de programação de ações. Para a elaboração do plano de implementação das PICS na APS será utilizado como base as etapas que constam no "O Guia de Práticas Integrativas e Complementares

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br