



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB SOBRE PRÁTICAS  
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

**JEQUIÉ-BA**

**2020**

**JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB SOBRE PRÁTICAS  
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho

**JEQUIÉ-BA**

**2020**

A447p Almeida, Juliane dos Santos.

Percepção dos profissionais do NASF-AB sobre práticas integrativas e complementares / Juliane dos Santos Almeida.- Jequié, 2020.  
84f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho)

1.Terapias Complementares 2.Serviços de Saúde 3.Educação Permanente 4.Núcleo de Apoio à Saúde da Família I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.

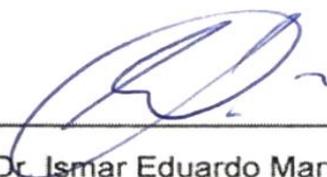
CDD – 362.10685

Rafaella Cândia Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ALMEIDA, Juliane dos Santos. Percepção dos profissionais do NASF-AB sobre Práticas Integrativas e Complementares. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié-BA. 2020.

### BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dr. Ismar Eduardo Martins Filho

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Orientador e presidente da banca examinadora

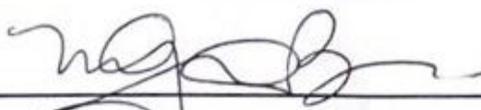


---

Profª. Drª. Adriana Alves Nery

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



---

Profª. Drª. Maria Gabriela Haye Biazevic

Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

Jequié/BA, 07 de fevereiro de 2020

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, quem me sustentou e tem me sustentando diante às circunstâncias do existir. Para Ele toda honra e toda Glória, Dono de todo saber e amor infinito.

Aos meus pais, Jucilene Francisca dos Santos e Reginaldo de Santana Almeida pelo incentivo na minha trajetória acadêmica e profissional, sobretudo pelo cuidado ofertado ao longo de toda minha vida. Amo Vocês!

Ao meu esposo, Vandinho, pela paciência e por tornar meus dias mais alegres e minha caminhada mais segura.

Ao meu irmão, Wesli Tadeu Santos Silva, meu exemplo de fortaleza e perseverança!

Aos meus avós, sobrinhos e a toda família, amigos e parentes.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Ismar Eduardo Martins Filho, por ter me acolhido e prestado o suporte necessário à minha evolução acadêmica e pessoal. Foi uma trajetória de muito aprendizado.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, que através do corpo docente deste Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, contribuiu para meu processo de formação.

Aos meus colegas de turma.

E aos participantes do estudo.

A todos que diretamente e indiretamente contribuíram no decurso desse caminho.

**Minha gratidão!**

***“Na certeza que tudo passa”!***

ALMEIDA, Juliane dos Santos. **Percepção dos profissionais do NASF-AB sobre Práticas Integrativas e Complementares**. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia. 2020. 84p.

## RESUMO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 com o objetivo de fortalecer as ações da Atenção Primária à Saúde, no que diz respeito a ampliação da oferta de estratégias de atenção a saúde interdisciplinares, de acordo com suas necessidades territoriais, tendo em vista reorientar as práticas de saúde para além da lógica ambulatorial, em virtude da produção coletiva e integral do cuidado, e no aumento da resolutividade de suas ações. Portanto, articula-se a diversas políticas nacionais (Atenção Básica; Promoção da Saúde; Integração da Pessoa com Deficiência; Alimentação e Nutrição; Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Assistência Farmacêutica; Pessoa Idosa; Saúde Mental; Humanização em Saúde; e Política Nacional de Assistência Social) como as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no repertório de suas ações. Visto que ambas se constituem como uma estratégia integradora e inovadora de produção de cuidado em saúde o presente estudo tem por objetivo: Compreender a percepção dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares no processo do cuidado em saúde. Para tanto, por meio dos objetivos específicos busca: Identificar o conhecimento dos Profissionais no NASF-AB sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e o processo de Educação permanente da equipe; Verificar quais Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela equipe NASF-AB; e Descrever as Estratégias de cuidado ofertadas pela equipe NASF-AB a Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa realizada entre os meses de julho a outubro de 2019, em dois NASF-AB situados no Núcleo Regional de Saúde do Sul da Bahia, escolhidos pelo critério de proximidade territorial e acessibilidade. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e posteriormente submetidas a análise de conteúdo de Bardin (2016). Os resultados apontaram que de uma forma geral, os profissionais desconhecem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), inclusive como uma das estratégias indicadas nas diretrizes do NASF-AB, embora reconhecessem o potencial das PIC como uma alternativa de produção de cuidado integral. Quanto à implantação das PIC nos respectivos serviços, estas diferiram no que diz respeito a sua oferta, o que reflete as especificidades locais de cada município. O resultado demonstrou que as potencialidades e limitações da implantação das PIC foram convergentes para ambas as equipes, que apontaram para a importância da realização de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS, e o fortalecimento do apoio da gestão como elementos essenciais à efetivação da política. Ademais o presente estudo tem o potencial de sugerir ideias fecundas, sobretudo, quanto a percepção dos usuários acerca dessa terapêutica.

**Palavras-chave:** Terapias Complementares; Serviços de Saúde; Educação Permanente; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

ALMEIDA, Juliane dos Santos. **Perception of NASF-AB professionals on Integrative and Complementary Practices.** Thesis (Master's degree). Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié-Bahia. 2020. 84p.

### **ABSTRACT**

The Extended Nucleus of Family Health and Primary Care (NASF-AB) was created by the Ministry of Health in 2008 with the objective of strengthening the actions of Primary Health Care, with regard to expanding the offer of care strategies interdisciplinary health, according to their territorial needs, with a view to redirecting health practices beyond the outpatient logic, due to the collective and integral production of care, and in increasing the resolution of their actions. Therefore, it is articulated to several national policies (Primary Care; Health Promotion; Integration of the Person with Disabilities; Food and Nutrition; Child and Adolescent Health; Comprehensive Health Care for Women; Pharmaceutical Assistance; Elderly Person; Mental Health; Humanization in Health; and National Social Assistance Policy) such as Integrative and Complementary Practices (PIC) in the repertoire of their actions. Since both constitute an integrative and innovative strategy for the production of health care, the present study aims to: Understand the perception of professionals from the Extended Nucleus of Family Health and Primary Care (NASF-AB) about the use of Integrative Practices and Complementary in the health care process. Therefore, through the specific objectives, it seeks to: Identify the knowledge of Professionals at NASF-AB on the National Policy of Integrative and Complementary Practices and the process of permanent education of the team; Check which Integrative and Complementary Practices offered by the NASF-AB team; and Describe the Care Strategies offered by the NASF-AB team to the Health Care Network. This is a descriptive, exploratory, qualitative research carried out between July and October 2019, in two NASF-AB located in the Regional Health Center of the South of Bahia, chosen by the criterion of territorial proximity and accessibility. Data were obtained through semi-structured interviews and subsequently submitted to content analysis by Bardin (2016). The results showed that, in general, professionals are unaware of the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC), including as one of the strategies indicated in the NASF-AB guidelines, although they recognized the potential of PIC as an alternative for the production of care integral. As for the implementation of the PICs in the respective services, they differed with regard to their offer, which reflects the local specificities of each municipality. The result showed that the potential and limitations of the implementation of the PIC were convergent for both teams, which pointed to the importance of carrying out Permanent Education in Health for SUS workers, and the strengthening of management support as essential elements for the effectiveness of the politics. Furthermore, the present study has the potential to suggest fruitful ideas, above all, regarding the users' perception of this therapy.

**Keywords:** Complementary Therapies; Health services; Permanent Education; Family Health Support Center.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1-</b> As modalidades do NASF-AB.....	20
<b>Figura 1-</b> Regiões de Saúde do estado da Bahia.....	27
<b>Quadro 2-</b> Participantes do estudo.....	28
<b>Quadro 3-</b> Categorias e Subcategorias da análise de conteúdo utilizadas no manuscrito 1.....	31
<b>Quadro 4-</b> Categorias e Subcategorias da análise de conteúdo utilizadas no manuscrito 2 .....	32

### MANUSCRITO 1

<b>Quadro 1-</b> Entendimento dos profissionais acerca das PIC.....	39
<b>Gráfico 1-</b> Distribuição das PIC reconhecidas pelos profissionais do NASF.....	40
<b>Gráfico 2-</b> PIC recomendadas pelos profissionais do NASF.....	42

### MANUSCRITO 2

<b>Quadro 1-</b> Implantação das PIC no NASF.....	56
<b>Figura1-</b> Facilidades e dificuldades da implantação das PIC na concepção dos profissionais do NASF.....	58
<b>Gráfico 1-</b> Estratégias de cuidado realizadas pelas equipes do NASF.....	59
<b>Gráfico 2-</b> PIC realizadas pela equipe NASF descritas pelos profissionais.....	60

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – equipe de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NRS - Núcleos Regionais de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1**

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>13</b>
-------------------------------------	-----------

### **CAPÍTULO 2**

<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
------------------------------------	-----------

2.1 PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL E AS DIRETERIZES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB).....	18
---	----

2.2 NOÇÕES ELEMENTARES REFERENTE ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC).....	22
--	----

### **CAPÍTULO 3**

<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>26</b>
-------------------------------------	-----------

3.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
-------------------------	----

3.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
------------------------------------	----

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	28
-----------------------------------	----

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO .....	29
-------------------------------------	----

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	29
--------------------------------------	----

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES .....	30
--	----

### **CAPÍTULO 4**

<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>31</b>
-------------------------------------	-----------

4.1 MANUSCRITO 1: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA...34	
--	--

4.2 MANUSCRITO 2: IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE FAMÍLIA .....	50
--	----

**CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 70**

**REFERÊNCIAS ..... 71**

**APÊNDICES**

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....78

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..... 79

**ANEXOS**

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB .....82

ANEXO B: CARTA DE EMENDA AO CEP/UESB .....84

---

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*  
(Artigo 196 da Constituição Federal de 1988).

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Incorporado pela Constituição Federal de 1988 o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira conquistou a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios da universalidade, igualdade, integralidade, regionalização, descentralização e controle social em conformidade com as leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013). Desde então várias conquistas foram obtidas no campo da saúde, o que assegurou a garantia do acesso igualitário às ações e serviços de saúde, universalizando-o sem qualquer tipo de exclusão e discriminação (BARBOSA et al., 2016).

As transformações advindas no cenário da reestruturação capitalista nas últimas décadas refletiram na constituição de redes relacionais em diversos âmbitos (político-econômico-social), sobretudo da saúde, em consonância com o movimento de globalização que modificou o processo de produção numa perspectiva de maior flexibilidade, integração e interdependência entre as instituições, o que repercutiu na configuração da rede como modelo alternativo ao planejamento de políticas de saúde, temática explorada desde o início da reforma sanitária no escopo de suas discussões (SILVA, 2011).

Nesse contexto, o Decreto nº 7.508/2011 vem regulamentar a Lei 8080/1990 dispendo sobre especificidades no planejamento da saúde, bem como a assistência e a articulação entre os entes federativos, ou seja, explícita sobre a forma de organização do SUS, que dentre outras providências, infere sobre elementos essenciais, dispostos no capítulo I, especificamente o Art. 2º, como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) enquanto um composto de serviços e ações estruturados em níveis crescentes de complexidade, no intuito de assegurar a integralidade da assistência à saúde.

Para tanto, a RAS fundamenta-se em elementos essenciais no que diz respeito à população; o modelo de atenção à saúde e; a estrutura operacional voltada à atenção completa às necessidades vitalícias (MENDES, 2010). Em conformidade, Silva (2011) argumenta sobre a importância da organização do sistema em redes regionalizadas na oferta de condições

estruturalmente mais adequadas ao cumprimento do princípio da integralidade e, racionalidade dos recursos utilizados. De todo modo, não restrito ao campo da saúde, mas em convergência com políticas intersetoriais na compreensão ampliada do processo saúde-doença.

Organizada em três níveis de atenção, o SUS tem a Atenção Básica (AB) como seu eixo estruturador através da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto modelo ordenador de toda a rede do sistema, estratégia fundamental para estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade entre os profissionais e comunidade (RODES et al., 2017; POCAS; FREITAS; DUARTE, 2017). E, portanto, representa a porta preferencial de acesso aos usuários do SUS, ao passo que gerencia o acesso aos demais pontos de atenção, isto é, como centro de comunicação coordenando o cuidado pautado nos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade da atenção, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social (MENDES, 2010; BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a ESF no tempo em que atua como modelo organizativo e prioritário da AB (MELO et al., 2018) busca a superação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde de forma equitativa, caracterizando-se de maneira distinta dos demais equipamentos, utilizando-se de ações multidisciplinares planejadas de acordo com as necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e do estabelecimento de vínculos entre profissionais e comunidade (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Haja vista que os serviços de saúde se organizam e interagem em fluxos diversos numa perspectiva horizontalizada e interdependente, concorda-se com Silva (2011) inadequado a proposta do modelo piramidal em complexidade crescente. À medida que a articulação da rede se fundamenta na comunicação estendida entre os diferentes serviços nos três níveis de atenção a saúde primário, secundário e terciário (MOLL et al., 2017).

O âmbito da atenção primária corresponde a estratégias de cunho educativo pautado no bem-estar geral das pessoas, porquanto enfatiza ações de prevenção de doenças e de orientações relacionadas ao cuidado com o ambiente e os agentes etiológicos. Enquanto que na atenção secundária, busca-se a cura ou a manutenção do funcionamento sadio dos indivíduos através da assistência clínica e prática educativa voltada para doenças crônicas transmissíveis e/ou não, do mesmo modo, objetiva evitar complicações e mortes prematuras. E no contexto da atenção terciária propõe-se a oferta do processo de reabilitação, recuperação e manutenção das pessoas que requerem um monitoramento contínuo voltado a sua estabilidade funcional (MOLL et al., 2017).

Sobretudo, a literatura (MENDES, 2010) evidencia que os sistemas de atenção à saúde pautado na AB tornam-se mais afetivos porque se organizam conforme as necessidades apresentadas pela comunidade, e responde a situação epidemiológica das condições crônicas, com custo minimizado e redução de procedimentos mais caros, equitativamente com ênfase na prevenção de agravos, promoção da saúde e, tecnologias leves.

Na mesma proporção, o estudo realizado por Fausto e colaboradores (2014) atesta para a utilização cada vez maior da ESF como porta preferencial do sistema. No entanto, reconhece o desafio apresentado pelos municípios, independente do porte populacional, à efetivação da abrangência da AB no SUS. Sendo assim, esta efetivação depende do esforço potencial dos entes federativos mediante o fortalecimento das políticas institucionais (SILVA, 2011).

Diante o exposto, e mediante a necessidade da ampliação do acesso e melhoria da qualidade e resolutividade das ações da AB, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria ministerial de nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014). O mesmo foi ampliado por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes para a sua organização, constituindo-se enquanto Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (BRASIL, 2017a).

O estudo de Souza e Medina (2018) mostra que no decorrer de dez anos de criação do NASF-AB, aumentou-se gradativamente a quantidade de equipes implantadas no Brasil, contando em 2018 com 5.236 núcleos em todo território Nacional e 430 no estado da Bahia.

A referida Portaria (nº 154/ 2008) articula-se a diversas políticas nacionais, como as Práticas Integrativas e Complementares em saúde - PIC (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014), cujo campo contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens oriundas de mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras (BRASIL, 2013).

As PIC baseiam-se na concepção ampliada do processo saúde-doença e na promoção global do cuidado humano e autocuidado, um modo renovado e alternativo de promover saúde, mais aptos a cuidar do ser humano em sua totalidade (TELESI-JÚNIOR, 2016; AYRES, 2017; FUENTES, 2016), considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) medicina tradicional e complementar/alternativa MT/MCA (BRASIL, 2006).

Com o objetivo de ampliar o acesso da população a esses serviços, o MS aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, através da Portaria MS/GM nº 971, de 3 de maio de 2006, que em suas diretrizes apontam para a

inserção de ações, serviços e produtos da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, assim como para os observatórios de saúde de Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013; GONTIJO; NUNES, 2017).

Neste aspecto, estudos apontados por Varela e Azevedo (2014) incidem sobre o reconhecimento científico construído em torno dessas terapêuticas e sua aceitação como práticas de cuidado por alguns profissionais de saúde, cujas ações transversais se desenvolvem prioritariamente na AB, visto que utilizam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica (BRASIL, 2013).

Visto que o NASF articula-se a diversas políticas nacionais, como as PIC, e que a PNPIC encontra-se em fase de implementação e têm suscitado reflexões sobre as dificuldades encontradas quanto ao (re)conhecimento e aceita(ção) dessas práticas no SUS, gerando dúvidas e desconforto por parte dos profissionais de saúde (MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012; SCHVEITZER, ZOBOLI, 2014), aponta-se imprescindibilidade da realização deste estudo na perspectiva de discutir sobre a utilização dessas práticas no processo de cuidado na percepção dos profissionais de saúde. A partir da seguinte questão norteadora: Como os profissionais do NASF-AB percebem a utilização das PIC no processo do cuidado em saúde?

Deste modo, o estudo mostra-se relevante à medida que poderá dar maior consistência a literatura acerca da utilização dessas terapêuticas como possibilidade de apoio ofertado pelo NASF-AB, tendo em vista subsidiar o planejamento e a implantação dessas práticas, bem como, consubstanciar os estudos voltados à importância da utilização das PIC no processo do cuidado, já que toda equipe NASF-AB deve ter orientações sobre esse modelo alternativo e complementar do cuidado, a fim de facilitar a integração e, melhorar a adesão ao tratamento conforme preconiza sua diretriz, atendendo a consolidação da integralidade do cuidado proposta pelo MS.

Para responder ao questionamento supracitado foram elaborados os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral**

Compreender a percepção dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares no processo do cuidado em saúde.

**Objetivos Específicos**

- Identificar o conhecimento dos Profissionais no NASF-AB sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e o processo de Educação permanente da equipe;
- Verificar quais Práticas Integrativas e Complementares são ofertadas pela equipe NASF-AB;
- Descrever as Estratégias de cuidado ofertadas pela equipe NASF-AB a Rede de Atenção à Saúde.

---

*“Ao profissional não basta saber-conhecer, é preciso ir além, articular, relacionar, criar e ser. É sobre a Clínica Ampliada que estou falando, sobre o olhar humano, singularidade, intersubjetividade, integração” (Juliane Almeida, 2019).*

## REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PERSPECTIVA TEÓRICO-CONCEITUAL E AS DIRETRIZES DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) decorre de circunstâncias advindas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se incorporou na Constituição Federal de 1988, sendo regulamentada por meio das leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Ambas respectivamente inferem sobre o funcionamento e a organização dos serviços correspondentes dispendo sobre as condições cabíveis a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, sobre os recursos financeiros e a participação popular, por meio do controle social (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Concomitantemente em concordância com o previsto na Constituição Federal, o artigo 7º da Lei nº 8080 determina que as ações desenvolvidas no SUS, devem estar de acordo com os princípios norteadores de sua política, dentre eles a universalidade, a equidade e a integralidade, tal como princípios doutrinários, e a descentralização, regionalização, hierarquização e controle social, como princípios organizativos (BRASIL, 1990; BRASIL, 1986).

Estruturada nos níveis de atenção primária, secundário e terciária o SUS tem a Atenção Básica (AB) como seu eixo estruturador, por meio de ações e serviços que vão além da assistência médica, pautado no reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade, mediante a construção de relações de proximidade e diálogo entre os profissionais, território e população atendida, pois, somente através dessa relação dialógica do cuidado, é possível avançar no novo paradigma psicossocial e ampliado de saúde (AYRES, 2004; HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Estima-se que desde sua criação, o SUS incorre num contínuo processo de mudança, sobretudo, fundamentado em seus princípios e diretrizes (GONÇALVES et al., 2015). Nessa mesma lógica, Cela e Oliveira (2015) conferem para um movimento reformista no contexto

das políticas públicas de saúde no Brasil, ao lançar novas instituições no sentido de remediar falhas no planejamento anteriormente instituído.

Assim, esperava-se que o SUS, através dos hospitais e centros de referência, oferecesse as equipes de AB o suporte especializado de que necessitassem, no entanto, na falta de recursos técnicos e materiais não foi possível encontrar alternativa na rede que lhes permitissem tal acesso (CELA; OLIVEIRA, 2015). Sendo assim, diversas propostas foram implantadas principalmente no contexto da atenção primária, mais recentemente com o estabelecimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (GONÇALVES et al., 2015).

Instituído pela portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde, o NASF surge como um dispositivo que integra o modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2009). Ampliado por meio da portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB, configurando-se enquanto Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (BRASIL, 2017a).

Essa mudança de nomenclatura na concepção dos autores Morosini, Fonseca e Lima (2018) reflete as mudanças instituídas na nova PNAB que coloca em questão a continuidade do cuidado e a qualidade dos serviços prestados à população, visto que relativiza a cobertura universal, fragmenta o acesso, a reconstituição das equipes e a reorganização do segmento de trabalho.

De todo modo, o NASF-AB tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços. Para tal, reforça os processos de territorialização e regionalização em saúde, atuando na qualificação e complementariedade do trabalho (BRASIL, 2009), de maneira integrada para dar suporte clínico assistencial e técnico pedagógico aos profissionais das ESF e AB (BRASIL, 2017a), que fundamentado nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade, diferencia-se de outras propostas, sobretudo ancorado a perspectiva da clínica ampliada (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

Seu diferencial caracterizado pela clínica ampliada conduz a um campo de competência para além das especialidades em saúde, centrado na perspectiva biomédica, correlacionado ao caráter interdisciplinar voltado a compreensão do sujeito holístico e multidimensional, e, portanto, subjetivo. Na medida em que se estabelece como uma ferramenta práxis teórica, norteia-se pela amplitude da complexidade do processo saúde-

doença, em detrimento da visão unilateral centrada no adoecimento, imbuído no enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações em saúde (BRASIL, 2013).

Organizada em modalidades distintas (Quadro 1), caracterizados por NASF-AB tipo 1, 2 e 3, estas diferem quanto à carga horária de trabalho e o número de equipes, cujas possibilidades de composição são múltiplas, definida pelo próprio gestor municipal mediante critérios e prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais (BRASIL, 2014).

**Quadro 1** – Modalidades do NASF - AB.

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculadas</b>	<b>Somatória das Cargas Horárias Profissionais*</b>
<b>NASF 1</b>	<b>5 a 9</b> eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	<b>Mínimo 200</b> horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo <b>80h</b> de carga horária semanal;
<b>NASF 2</b>	<b>3 a 4</b> eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	<b>Mínimo 120</b> horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo <b>40h</b> de carga horária semanal;
<b>NASF 3</b>	<b>1 a 2</b> eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	<b>Mínimo 80</b> horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo <b>40h</b> de carga horária semanal;

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Diante do exposto (Quadro 1), infere-se que os profissionais admitidos em suas respectivas modalidades, serão selecionados de acordo com as necessidades de cada região compreendida pelas equipes da ESF, cujo cenário revela a possibilidade de procederem na lógica do apoio matricial, uma modalidade diferenciada de trabalho (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

A composição da equipe em vista disso, seguirá o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) constituído por Assistente Social; Nutricionista; Psicólogo; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Terapeuta Ocupacional; algumas especialidades médicas (como Médico Ginecologista/Obstetra; Homeopata; Pediatra; Psiquiatra; Geriatra; Acupunturista, Internista (clínica médica), do Trabalho, Veterinário) bem como, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, isto é, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou, habilitado conforme graduação na área em vigente normativa (BRASIL, 2017a).

Enquanto grupo de apoio matricial o NASF-AB oferece retaguarda especializada às equipes de referência, organizando-se em nove áreas estratégicas, sendo elas, a saúde da criança/do adolescente e do jovem; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares, tendo por pressupostos diversas políticas nacionais, dentre elas a Saúde Mental (BRASIL, 2009).

Embora esteja na AB, este não figura porta de entrada do sistema para os usuários, deste modo, atua dentro de algumas diretrizes relativas à Atenção Primária a Saúde, pautadas em ações interdisciplinares e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

Sua metodologia de trabalho está calcada nas necessidades territoriais com foco no atendimento compartilhado e interdisciplinar; troca de saberes; capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto, bem como, outras ações que podem ser desenvolvidas neste contexto. Para tanto, utiliza de algumas ferramentas como o Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009; SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Uma das estratégias essenciais dentro de sua lógica de trabalho é a constituição de uma rede de cuidados, para isso, juntamente com a ESF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Diante de tal perspectiva, deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado em regime de cogestão com as ESF e AB em contínuo processo construção (BRASIL, 2017a).

Embora possam ser realizadas intervenções diretas, ressalta-se que os NASF-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, e mediante tal necessidade, devem ser regulados pelas equipes que atuam na AB, com discussões e negociação *a priori* entre os profissionais responsáveis pelo caso. Tal atendimento direto e individualizado ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2009; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012).

## 2.2 NOÇÕES ELEMENTARES REFERENTE ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC)

O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que visam à estimulação dos mecanismos naturais no que tange a prevenção de agravos e a recuperação da saúde. Neste aspecto, configuram-se enquanto um conjunto de práticas de cuidado, por meio de tecnologias leves, eficazes e seguras, que não pertence ao escopo da medicina tradicional, pautadas na humanização do cuidado e centradas na integralidade do sujeito (BRASIL, 2006; 2013).

Suas origens remontam os anos 70, decorrente da I Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde (APS), em Alma Ata (1978), delineando as primeiras recomendações quanto à implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares em todo o mundo (TELESI-JÚNIOR, 2016; SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

No Brasil esse movimento ganhou força a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 (TELESI-JÚNIOR, 2016), legitimado e institucionalizado a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS considerando a descentralização e a participação popular, que possibilitou os estados e municípios atuarem com maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde (GONTIJO; NUNES, 2017; BRASIL, 2006).

Telesi-Júnior (2016) faz referência aos diversos documentos e eventos nacionais, relatórios e portarias, decorrentes da VIII Conferência Nacional de Saúde, que compõe a trajetória de implantação das PIC no sentido de regularizar a homeopatia, acupuntura, fitoterapia, o uso de plantas medicinais e a adoção de práticas corporais e meditativas, entre outras, por meio da criação de convênios e, por diversos grupos de trabalho dedicados a elaborar projetos e políticas para a área.

Seguidamente, no ano de 2006, foi instituída a Portaria nº 971, que regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio do Conselho Nacional de Saúde, mediante a inserção das respectivas práticas no SUS, isto é, medicina tradicional chinesa (MTC), acupuntura, plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia e termalismo/crenoterapia, sugerindo novas perspectivas e racionalidades médicas (GONTIJO; NUNES, 2017).

Em conformidade com o exposto na PNPIC, fundamentada na Constituição Federal de 1988, e, na própria lei nº 8080/1990, postula dentre seus objetivos a incorporação e efetuação de tais práticas, pautado no cuidado continuado, integral e humanizado, com foco na AB, tendo em vista a prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde. Ao mesmo tempo,

inclina-se para o aumento da resolubilidade do sistema, fundamentada na segurança, qualidade, eficácia e eficiência da utilização dessas terapêuticas, promovendo a racionalização e estímulo aos modos alternativos e inovadores que contribuam para modo de vida sustentável, a partir do envolvimento responsável de todos os atores sociais, isto é, através do controle social nas diversas instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006).

Destarte o reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e incorporação das Medicinas Tradicionais e Complementares, denominadas pelo Ministério da Saúde do Brasil como PIC, a Portaria nº 633, de 28 de Março de 2017, atualiza o serviço especializado de 134 práticas na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2017b).

Através da necessidade de inclusão de outras práticas a PNPIC, aprova a definição da aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia, por meio da Portaria nº 702, de 21 de Março de 2018, do ministério da saúde. Sendo estas, reconhecidas como abordagem de cuidado por diversas categorias profissionais de saúde no país tanto nas esferas Estaduais, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2018).

Desse modo, as PIC estruturam-se enquanto uma nova maneira de aprender e praticar saúde, caracterizadas pela interdisciplinaridade e por uma linguagem singular própria, na contramão de uma visão altamente tecnologicista, e fragmentada que não dão conta multidimensionalidade do sujeito. Tornando-se parte de um processo renovado e alternativo de promover saúde mais aptos a cuidar do ser humano em sua totalidade (TELESI-JÚNIOR, 2016; SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

Pesquisas (VARELA; AZEVEDO, 2014; AYRES, 2017; FUENTES, 2016) demonstram que os modelos reducionistas e biologicistas, cristalizados no modelo biomédico, vêm sendo questionados por sua restrição no que tange a incapacidade para lidar com as dimensões do ser biopsicossocial, apontando para as PIC como possibilidade de abordagem preventiva e terapêutica, com foco no estilo de vida pessoal e no cuidado de si. Tanto enquanto oferta de serviços terapêuticos, como também, na combinação destes com os procedimentos terapêuticos tradicionais (FUENTES, 2016).

Nesse contexto, autores inferem sobre a insatisfação manifestada pelos usuários concernente a medicina tradicional nos serviços de saúde, nos últimos anos, tendo em vista seu caráter altamente tecnicista, bem como, o adoecimento decorrente dos efeitos colaterais

dos tratamentos, e ausência de cura para algumas doenças. Isso posto, as PIC representam uma opção atrativa para muitos usuários dos serviços de saúde (MAGALHÃES; ALVIM, 2013), cujas evidências demonstram o aumento do uso dessas práticas pela população em geral, o que demanda maiores informações à comunidade (FIÚZA et al., 2011).

Além de promover a ampliação na concepção do processo saúde-adoecimento, as PIC constituem estratégia propulsora diante do paradigma assistencial hegemônico, produzindo e legitimando outras práticas e saberes em saúde. Centrada na autonomia do usuário em relação ao autocuidado, e no decurso da desmedicalização, evidenciando a promoção da saúde das pessoas e coletividades, em detrimento da doença (LOSSO; FREITAS, 2017). Pautado na compreensão holística e singular do ser humano, a PNPIC propõe a integralização da atenção à saúde, através da interação das ações e serviços existentes no sistema (FERREIRA et al., 2017).

Polar ao modelo biomédico as PIC volta-se a dimensão da terapêutica, e no aprofundamento dos problemas explicados contextualmente de acordo com o estilo de vida, cujas pessoas que a utilizam preocupam-se com a eficácia dessas terapêuticas em detrimento da cientificidade dos recursos usados (FERREIRA et al., 2017; BRITO et al., 2014).

No que tange a implantação das práticas integrativas, torna-se necessário o planejamento administrativo, político e institucional, por parte dos gestores municipais, junto aos profissionais e a sociedade civil, pautado na gestão participativa e democrática considerando as necessidades do território (LOSSO, FREITAS, 2017). Embora a PNPIC fomenta a implantação das PIC no âmbito do SUS, ainda não estabelece as ações e recursos necessários para o desenvolvimento de sua oferta, dificultando solidificar-se, tornando-se um desafio para os gestores em saúde (CAVALCANTI et al., 2014).

Estudos demonstram a fragilidade quanto a mensuração e avaliação desses serviços nos sistemas de informação atuais, que inviabilizam o registro adequado dessas práticas (SOUSA et al., 2012) e a subnotificação de sua oferta (LOSSO; FREITAS, 2017). Bem como, a dificuldade no tocante aos recursos materiais e humanos para sua inserção, aplicabilidade e manutenção, do mesmo modo, o processo de formação e qualificação dos profissionais e a relação interpessoal destes na rede (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Verifica-se o despreparo dos profissionais de saúde em relação às PIC, bem como, a vulnerabilidade no planejamento de sua implementação nos três níveis de atenção à saúde, decorrente da desvalorização dessa terapêutica por parte da gestão, o que torna imprescindível capacitá-los e implementar programas que o efetivem (FERREIRA et al., 2017).

Diante de tal resultado, nota-se a relevância de incluí-la nos componentes curriculares dos cursos voltados a área da saúde desde a graduação (FERREIRA et al., 2017) a fim de fortalecer o processo de formação das PIC através de palestras, cursos teóricos e grupos de discussão, disciplina optativa, inserção de disciplina no currículo, e incentivo às pesquisas, com vistas contribuir numa formação pautada numa visão integral e interdisciplinar e humanista do cuidado a saúde (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

Apesar disso, ressalta-se que o objetivo da inserção das PIC na AB não é dispor do melhor tipo de cuidado, mas, entropor como possibilidade alternativa e diversificada das práticas de atenção à saúde. Haja vista que, os serviços que ofertam a medicina integrativa, constituem-se como campos propícios para reconstrução de saberes, bem como, de processos de trabalho das equipes, mesmo diante da predominância da racionalidade biomédica, num convívio sincrético e respeitoso das lógicas distintas de cuidado (SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

---

*“Cada uma das divisões da ciência também possui um lado qualitativo em que a experiência pessoal, a intuição e o ceticismo trabalham juntos para ajudar a aperfeiçoar as teorias e os experimentos” (Stake, 2011).*

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Constitui-se por um método, cuja realidade trabalha com um universo de significados que englobam um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos (MINAYO, 2010). Na perspectiva de Stake (2011) volta-se a compreensão e percepção humana de acordo com as diversas perspectivas da realidade, complexa, em decorrência das especificidades do ambiente e seus participantes. Portanto, direciona-se contextualmente em características específicas a partir da descrição da experiência humana tal como é vivenciada e definida pelos seus próprios atores. Desse modo, fundamenta-se no propósito de explicar os fatos de acordo com os conceitos reais ou dos quais emerge (YIN, 2016).

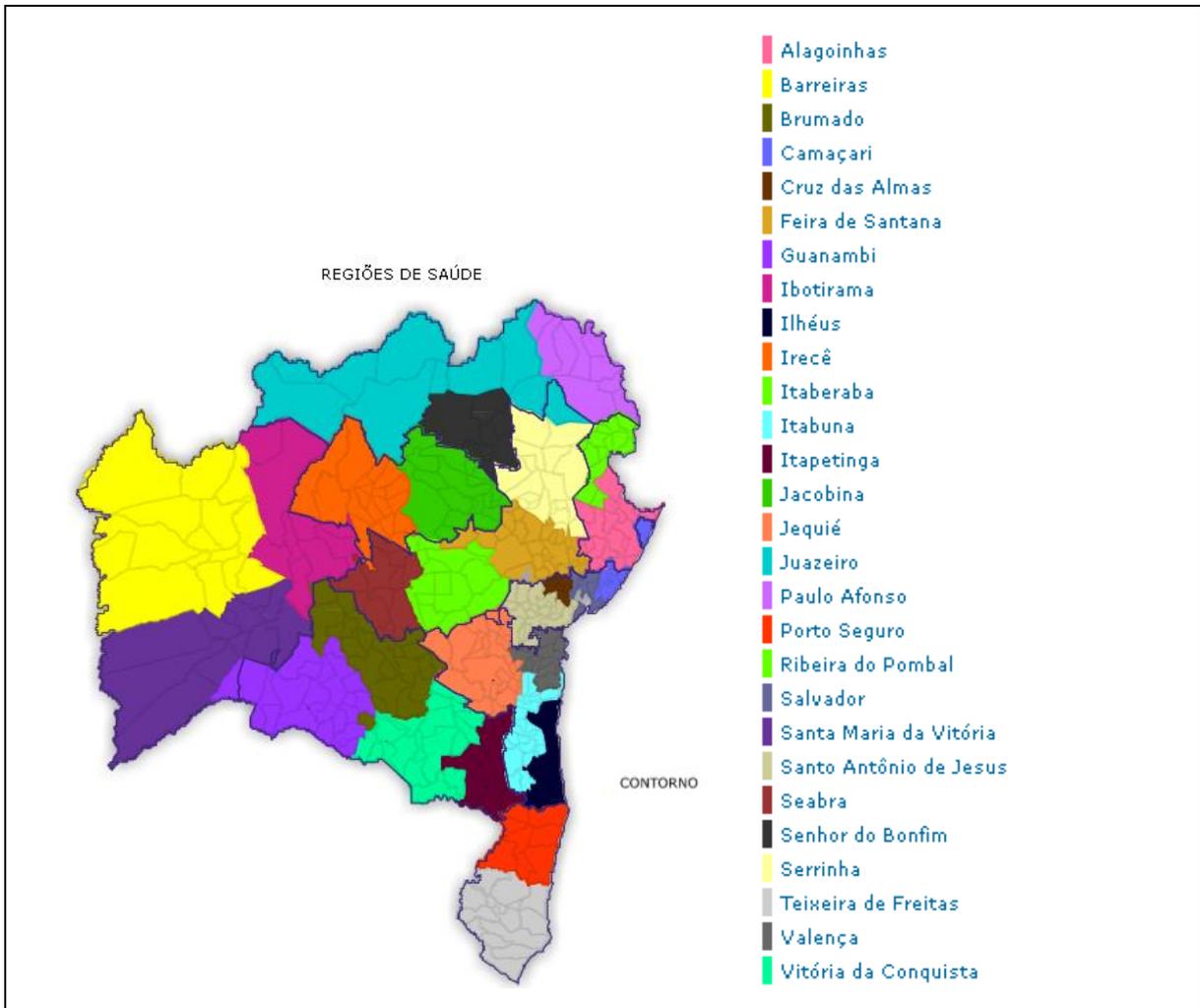
### 3.2 CAMPO E CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), respectivamente nos Municípios de Apuarema e Ibirataia no Estado da Bahia, ambos se localizam na macrorregião do Núcleo Regional de saúde Sul (NRS) – Ilhéus. Considerando o processo de regionalização enquanto um dos princípios do SUS, este visa orientar e descentralizar as respectivas ações e serviços de saúde, bem como, gerenciar os processos de negociação e pactuação entre gestores (BRASIL, 1990, 2011).

Nesse contexto o estado da Bahia está dividido geograficamente em 28 Regiões agrupadas em 09 macrorregiões, contando, portanto, com nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS), criados mediante a extinção das Diretorias Regionais de Saúde (Dires) atendendo à Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. Esses núcleos tem por objetivo o acompanhamento das atividades de regulação de ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da

Saúde, bem como, da dispensação de medicamentos e de vigilância sanitária, visando assim fortalecer o processo de gestão junto aos municípios (SESAB, 2019).

**Figura 1.** Regiões de Saúde do Estado da Bahia.



Fonte: SESAB (2019) [adaptado].

A figura 1 representa as 28 regiões de saúde do Estado, e seus respectivos municípios. Diante do exposto, os municípios cuja pesquisa foi efetuada, isto é, Apuarema e Ibirataia estão contempladas na Região de Saúde de Jequié.

Apuarema localiza-se na região sul do estado e limita-se com os municípios de Jequié, Jaguaquara, Wenceslau Guimarães, Itamari e Ibirataia. Possui uma área territorial de aproximadamente 150,830 km<sup>2</sup> distando 326 km da capital, Salvador, numa região de mata atlântica com clima tropical e úmido, população estimada de 7.459 pessoas (IBGE, 2010a). Atualmente dispõe de 01 Unidade Básica de Saúde e 03 Estratégias de Saúde da Família, caracterizando assim a modalidade de NASF-AB do tipo 2 (tabela 1). Em contrapartida o

município de Ibirataia possui população estimada de 18.943 pessoas, com área territorial de 318,129 km<sup>2</sup> a 326 km da capital, Salvador, com clima quente e úmido (IBGE, 2010b). Atualmente constitui-se de 07 Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, o que qualifica a modalidade de NASF-AB do tipo 1 (Quadro 1).

As equipes foram selecionadas mediante o critério de proximidade territorial, acessibilidade, bem como, facilidade de comunicação com os mesmos. A coleta de dados estendeu-se de julho a outubro de 2019 por conta de dificuldades de comunicação e disponibilidade de tempo dos participantes para a realização das entrevistas.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os profissionais integrantes da equipe NASF-AB, atuantes com tempo mínimo determinado de três meses, estimado em decorrência da adequação aos processos de trabalho e integração profissional. Tempo não estendido por conta da transitoriedade dos profissionais em regime de contratação e vínculos precários.

Partindo desse pressuposto, foram realizadas 10 entrevistas, por agendamento prévio, distribuídas entre as duas equipes apontadas no estudo, conforme disposto no quadro abaixo.

**Quadro 2 - Participantes do Estudo.**

<b>Categorias profissionais</b>	<b>Apuarema</b>	<b>Ibirataia</b>	<b>Nº</b>
<b>Assistência Social</b>		01	<b>01</b>
<b>Fisioterapia</b>	01	01	<b>02</b>
<b>Fonoaudiologia</b>		01	<b>01</b>
<b>Médico Veterinário</b>		01	<b>01</b>
<b>Nutrição</b>	01		<b>01</b>
<b>Profissional de educação física</b>	01	01	<b>02</b>
<b>Psicologia</b>	01	01	<b>02</b>
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>06</b>	<b>10</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Diante o exposto no quadro 2, verifica-se que as equipes, devido à modalidade estimada, são compostas por diferentes categorias profissionais, que confere as especificidades locais e demandas contextuais, e que no momento da entrevista a equipe NASF-AB de Apuarema não estava completa, faltando à contratação da/o profissional de

Assistência Social, enquanto que no município de Ibirataia a/o profissional de nutrição não participou do estudo por dificuldades de agendamento do período da coleta de dados.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS), mediante os critérios estabelecidos para a realização de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012b).

Sendo assim, a pesquisa foi realizada após projeto endereçado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) e, aprovado sob CAAE 97185218.3.0000.0055 e parecer nº 2.978.060 (ANEXO A). Ressalta-se que houve a necessidade de realização de emenda na pesquisa original em detrimento da inviabilidade de acesso ao município correspondente, do mesmo aprovado, para então, o início da coleta dos dados.

Seguidamente, após a aprovação do CEP/UESB, foi encaminhada a carta de apresentação da coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde à Secretaria Municipal de Saúde dos respectivos municípios, para que fosse emitida autorização para a coleta de dados nos NASF-AB. E após autorização da Secretaria Municipal de Saúde, a coleta foi iniciada.

A priori os devidos esclarecimentos foram prestados aos participantes do estudo, relacionados aos objetivos propostos na pesquisa, bem como as especificidades metodológicas, e o direito de acesso aos dados colhidos, se o desejassem. Após aceitarem participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), do qual uma cópia recebeu, sendo a outra arquivada pelos pesquisadores.

Tendo em vista a confidencialidade da pesquisa, com o objetivo de manter o anonimato, isto é, preservar a identificação dos sujeitos no decorrer do estudo, os mesmos foram identificados pela letra “E” de Entrevistado, seguido do município correspondente, discernido pela letra “A” (município 1) e “B” (município 2), acompanhado do número referente a entrevista, por exemplo: E1A, E1B.

### 3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A estratégia utilizada para a produção das informações atendendo aos objetivos do estudo foi à entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), cujo período da coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2019. De acordo com Lakatos e Marconi (2017),

esta modalidade de entrevista enquanto técnica de coleta de dados é uma das mais utilizadas pelos pesquisadores, pois, possibilita a exploração temática de forma ampliada, onde o entrevistador tem maior flexibilidade de observar as variáveis de atitudes e comportamentos, e dados que não se encontram em fontes documentais.

Sendo assim, o roteiro da entrevista foi composto por variáveis sociodemográficas como sexo, idade, formação acadêmica, área de atuação, tempo de serviço na unidade e, questões norteadoras correlacionadas aos objetivos do estudo. Desse modo, concorda-se com Minayo (2010) que o roteiro visa orientar a interlocução entre pesquisador e entrevistado, de forma flexível com vista elucidar outras questões importantes.

Posto isto, o roteiro foi utilizado juntamente com o gravador, testado previamente a fim de não comprometer a qualidade do registro. A entrevista foi realizada no ambiente de trabalho, no entanto em horário alternativo a atividade laboral, em local reservado, o qual foi escolhido pelos participantes considerando a garantia do sigilo, segurança e conforto. Seguidamente as falas foram transcritas na íntegra para provir com a análise dos dados.

### 3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Como critério de análise das informações descritas, estas foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). A qual fundamenta-se na compreensão de que analisar o conteúdo de uma fala, de uma observação, exigirá do pesquisador a perspicácia sensitiva de que as palavras tem muito mais a dizer do que dizem, de todo modo, é dar sentido as palavras (CAMPOS, 2018).

Sendo este, um conjunto de recurso metodológico em aperfeiçoamento contínuo, aplicado a discursos altamente diversificados e, objetiva a obtenção de indicadores que podem ser quantitativos ou não, que possibilite inferir sobre conhecimentos relativos às condições de recepção das mensagens exploradas (BARDIN, 2016).

No que tange sua operacionalidade, a Análise de Conteúdo estrutura-se em estágios, respectivamente, a 1ª fase ou pré-análise, iniciando-se com a realização de leitura flutuante possibilitando familiarizar-se com o conteúdo, feita a escolha dos documentos a serem submetidos à análise. Seguidamente, a 2ª fase de exploração do material, cuja constituição se dá através da conclusão da preparação do material para análise, utilizando-se meios eletrônicos e bibliográficos. E a 3ª fase de tratamento e análise, que consiste na obtenção dos resultados das etapas anteriores expresso com a categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo trata dos resultados da pesquisa apresentados respectivamente na modalidade de dois manuscritos científicos, de acordo com as diretrizes normativas dos periódicos escolhidos para submissão.

Corroborando com os objetivos da pesquisa, as temáticas contempladas nos artigos visam discutir sobre a percepção dos profissionais do NASF-AB sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares no processo do cuidado em saúde.

Desse modo, o primeiro manuscrito intitulado: *Práticas Integrativas e Complementares na concepção dos profissionais do Núcleo Apoio a Saúde da Família*, responde aos seguintes objetivos específicos: Identificar o conhecimento dos Profissionais no NASF-AB sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e o processo de Educação permanente da equipe. Para tanto, contemplados nas seguintes categorias e subcategorias conforme exposto no quadro 3.

**Quadro 3** - Categorias e Subcategorias da análise de conteúdo utilizadas no manuscrito 1.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
ENTENDIMENTO SOBRE AS PIC	Percepção positiva
	Uma forma alternativa do cuidado
	Fragilidade da formação acadêmica
	Não utilização
	Redução da prática medicamentosa
	Qualidade de vida e bem estar
	Baixo custo
CONHECIMENTO DA PNPIC	Desconhecimento da PNPIC
	Interesse em conhecer
	Conhecimento da PNPIC
	Práticas reconhecidas identificadas na PNPIC
	Práticas reconhecidas não identificadas na PNPIC
EDUCAÇÃO PERMENENTE	Falta de capacitação sobre as PIC
	Outras capacitações realizadas
	De interesse particular e custeio próprio do profissional
	Oferta de capacitação ofertada sobre as PIC
	Quando realizada ofertada pela própria equipe NASF-AB
OFERTA DAS PIC NO TERRITÓRIO	Práticas identificadas como Alternativas e Complementares

	PIC ofertadas à comunidade identificadas na PNPIC
	Nenhuma prática ofertada (Município A)
	Desconhece
	Não funciona
RECOMENDADAÇÃO DAS PIC	Práticas indicadas
	Outras práticas indicadas

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Enquanto que o segundo manuscrito intitulado: *Implantação das Práticas Integrativas e Complementares no Núcleo de Apoio a Saúde Família*, atende ao seguinte objetivo: Verificar quais Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela equipe NASF-AB; e, descrever as Estratégias de cuidado ofertadas pela equipe NASF-AB a Rede de Atenção à Saúde. Para tanto, contemplados nas seguintes categorias e subcategorias conforme exposto no quadro 4.

**Quadro 4** - Categorias e Subcategorias da análise de conteúdo utilizadas no manuscrito 2.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
IMPLANTAÇÃO DAS PIC	Não foram implantadas (Município A)
	Movimento de implantação (Município B)
	Não responderam (Município B)
FACILIDADES PARA IMPLANTAÇÃO DAS PIC	Alta procura por parte da comunidade
	Biodiversidade
	Facilidade na comunicação intersetorial
	Não soube responder
DIFICULDADES PARA IMPLANTAÇÃO DAS PIC	A não aceitação e participação da comunidade (Modelo Biomédico)
	Falta de materiais e investimento
	Por parte dos profissionais e das equipes
	Falta de capacitação dos profissionais
	Carga horária baixa dos profissionais
	Falta de espaço físico
	Inexistente
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO	Educação em saúde
	Trabalho com grupos
	Projetos
	Programa de Saúde na Escola – PSE
	Atividade física
	Atendimento individual
	Atendimento compartilhado
	Visitas domiciliares
	Ações intersetoriais
	Encaminhamentos

	Reunião de equipe e construção de Projeto Terapêutico Singular - (PTS)
OFERTA DAS PIC NO TERRITÓRIO	Práticas identificadas como Alternativas e Complementares
	PIC ofertadas à comunidade identificadas na PNPIC
	Nenhuma prática ofertada (Município A)
	Desconhece
	Não funciona
RECOMENDADAÇÃO DAS PIC	Práticas indicadas
	Outras práticas indicadas

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

**4.1 MANUSCRITO 1:** *Práticas Integrativas e Complementares na concepção dos profissionais do Núcleo Apoio a Saúde da Família*

**O manuscrito será submetido à Revista Panamericana de Salud Pública.**

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

### INTEGRATIVE AND ADDITIONAL PRACTICES IN THE DESIGN OF CORE PROFESSIONALS SUPPORTING FAMILY HEALTH

Juliane dos Santos Almeida<sup>1</sup>  
Ismar Eduardo Martins Filho<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus, Jequié-BA, Brasil.

<sup>2</sup> Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus, Jequié-BA, Brasil.

#### RESUMO

**Objetivos:** Identificar o conhecimento dos profissionais do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e o processo de educação permanente ofertado a equipe. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com duas equipes NASF do interior da Bahia. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada e analisados com base na técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** Os profissionais demonstraram percepção positiva sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) embora desconhecem a PNPIC. Do mesmo modo, apontaram à falta de educação permanente ofertada a equipe, sobretudo das PIC. **Conclusão:** O conhecimento dos profissionais precisa ser aprofundado para que os mesmos possam desenvolver suas ações em consonância com as diretrizes do NASF, que inclusive corroboram para a utilização das PIC no escopo de suas ações de trabalho.

**Palavras-chaves:** Terapias complementares; serviços de saúde; educação permanente.

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the knowledge of professionals from the Family Health Support Center (NASF) about the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC) and the permanent education process offered to the team. **Methods:** Qualitative, exploratory and descriptive research, carried out with two NASF teams from the interior of Bahia. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed based on the content analysis technique. **Results:** The professionals demonstrated a positive perception about the Integrative and Complementary Practices (PIC) although they were unaware of the PNPIC. Likewise, they pointed to the lack of permanent education offered to the team, especially from the PICs. **Conclusion:** The professionals' knowledge needs to be deepened so that they can develop their actions in line with the NASF guidelines, which even corroborate the use of PIC in the scope of their work actions.

**Keywords:** complementary therapies; health services; Permanent Education.

## INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é um dispositivo de atenção à saúde ainda em construção, portanto, recente. Criado em 2008 pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria GM nº 154/2008, que inserida na Atenção Básica (AB) visa apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (1,2), fundamentada nos princípios e diretrizes instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para subsidiar as demandas territoriais, para tanto, constitui-se como estratégia de cuidado resolutive e abrangente (3).

A proposta de trabalho do NASF versa sobre a reorientação das práticas de saúde para além da superespecialização, no qual, de maneira transversalizada evidencia a produção coletiva e intersubjetiva (2). Corroborando com essa visão autores (4) argumentam que esta

modalidade de produção de cuidado, demanda a apropriação da prática interdisciplinar tendo em vista a superação das práticas hegemônicas.

Ao atuar de acordo com as diretrizes da AB, o NASF caracteriza-se pelo desenvolvimento de ação intersetorial e educação permanente, tendo por base a noção de território, pautado nos princípios da integralidade, participação social, promoção da saúde, educação popular e humanização, cujo trabalho desenvolve-se por diversas áreas estratégicas como saúde mental, atividade física e práticas corporais, e práticas integrativas e complementares (2).

O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) envolve um universo de ações características da medicina tradicional, visando à estimulação de mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (5). Destarte, configura-se como uma tecnologia leve do cuidado, visto que traduz-se pelo modo relacional de pensar e praticar saúde, por meio da produção de vínculo, corresponsabilidade e acolhimento (6).

Considerando a recente implantação do NASF no Brasil, o qual se consolida de modo contextual e heterogêneo pelo país (6), e a recente implantação das PIC enquanto oferta de práticas aprovadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (7), inclusive enquanto um dos eixos de trabalho do NASF (1), estudos indicam a fragilidade na formação acadêmica e educação permanente como condição imprescindível para a consolidação tanto da PNPIC, quanto da efetivação das práticas e do processo de trabalho do NASF (8).

Mediante essa realidade, torna-se importante investigar como se dá o processo de Educação Permanente em Saúde da equipe NASF, inclusive no que cerne o campo das PIC. Sendo assim, este artigo tem por objetivo identificar o conhecimento dos profissionais do NASF sobre a PNPIC e o processo de educação permanente ofertado a equipe.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O estudo situa-se no campo da pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, enquanto resultado de uma dissertação de mestrado. A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de Julho a outubro de 2019, em dois NASF situados no Núcleo Regional de Saúde do Sul da Bahia.

### **Coleta de dados**

O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob CAAE 97185218.3.0000.0055 e parecer nº 2.978.060.

Seguidamente, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, mediante assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo. Tendo em vista preservar a identificação destes, os mesmos foram identificados pela letra “E” de Entrevistado, “A” (município 1) e “B” (município 2), e número referente a entrevista, como por exemplo: E1A, E1B.

### **Análise dos dados**

Os dados foram analisados conforme a análise de conteúdo, operacionalizada com a realização de leitura flutuante possibilitando familiarizar-se com o conteúdo. Posteriormente, da exploração do material através da conclusão da preparação para análise, utilizando-se de fontes bibliográficas. E análise das etapas anteriores expresso com a categorização e interpretação dos dados (9).

## **RESULTADOS**

### Caracterização das equipes estudadas

Das duas equipes NASF participaram da pesquisa 10 trabalhadores de diferentes categorias profissionais, dentre eles, Assistência Social (1), Fisioterapia (2), Fonoaudiologia (1); Médico Veterinário (1); Nutrição (1); profissional de educação física (2) e Psicologia (2).

Eram compostas por jovens de 25 a 37 anos de idade, constituídos em sua maioria por mulheres (80%). O tempo de atuação no serviço variou de três meses a quatro anos. Os profissionais na íntegra não possuíam experiência anterior sendo a primeira experiência no NASF.

Ambas estavam alocadas na mesma região sul no estado da Bahia, em territórios limítrofes, e foram implantadas em períodos distintos, 2013 e 2016. Respectivamente em modalidades diferentes, NASF tipo I e NASF Tipo II, tendo em vista as especificidades territoriais e sua área de abrangência. E, embora divergissem em suas especificidades foi possível agrupar e a generalizar os resultados conforme categorizados nas seções a seguir.

### Conhecimento sobre as PICS

No que tange o conhecimento das equipes NASF quanto às PIC foi possível categorizar as respostas conforme representada no Quadro 1, a seguir:

**Quadro 1.** Entendimento dos profissionais acerca das PIC.

Categorização das respostas	Nº
Percepção positiva	8
Uma forma alternativa do cuidado	5
Fragilidade da formação acadêmica	4
Não utilização	3
Redução da prática medicamentosa	3
Qualidade de vida e bem estar	2
Baixo custo	1

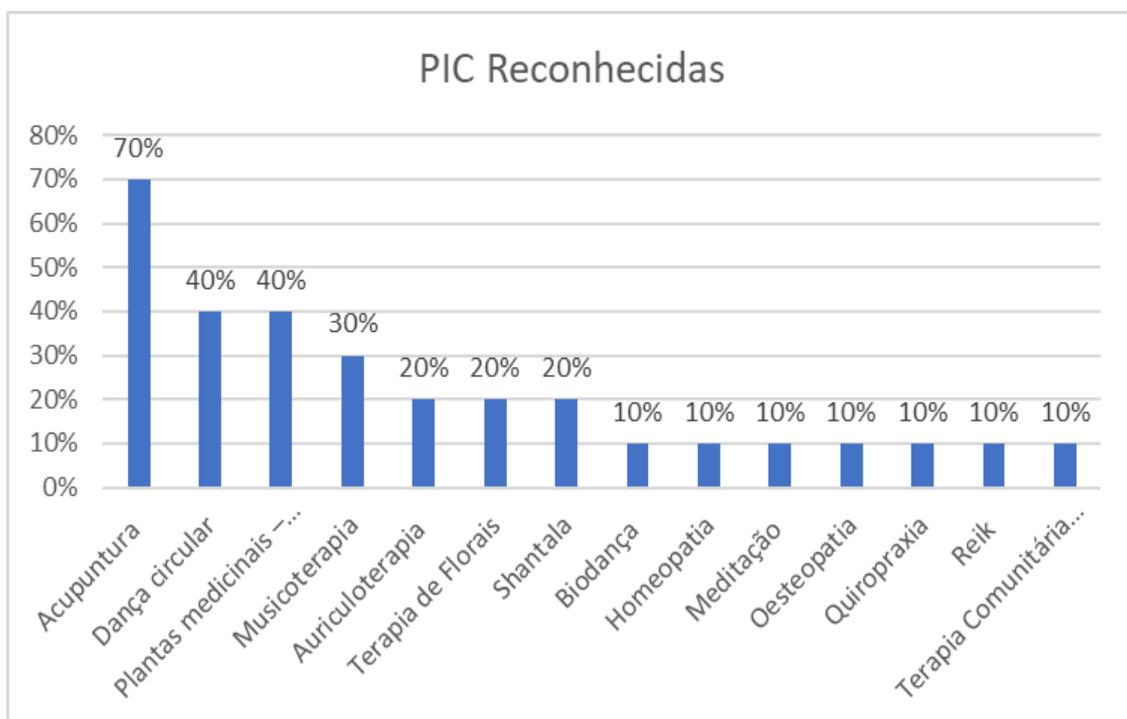
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

De acordo com o exposto (Quadro 1) é possível inferir que embora descrevessem a não utilização das PIC em seus processos de trabalho, os profissionais demonstraram percepção positiva das mesmas, caracterizando-as como uma forma alternativa do cuidado, que além de proporcionar qualidade de vida e a diminuição da prática medicamentosa, representa uma prática de baixo custo.

No que tange a PNPIC, constatou-se que (80%) dos profissionais a desconheciam, sendo que somente 20% relataram já terem ouvido falar, embora não tivessem se aprofundado, e outros justificaram o desconhecimento por conta da fragilidade da formação acadêmica e Educação Permanente em saúde para os profissionais.

Ao serem indagados sobre quais práticas conheciam, das 29 práticas aprovadas pela PNPIC, os profissionais reconheceram 14, que estão distribuídas no gráfico 1.

**Gráfico 1.** Distribuição das PIC reconhecidas pelos profissionais do NASF.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Os profissionais apresentaram a acupuntura (70%) como a mais reconhecida, tanto como uma prática utilizada por eles mesmos no processo de autocuidado, quanto utilizada por amigos e familiares, porém, atribuídas como uma prática realizada nos serviços privados de saúde, não correlacionada como uma prática ofertada pelo SUS. Outras terapêuticas foram relatadas como Massagem (10%), Eletroterapia (10%) e Ventosa (10%), no entanto não inseridas na PNPIC.

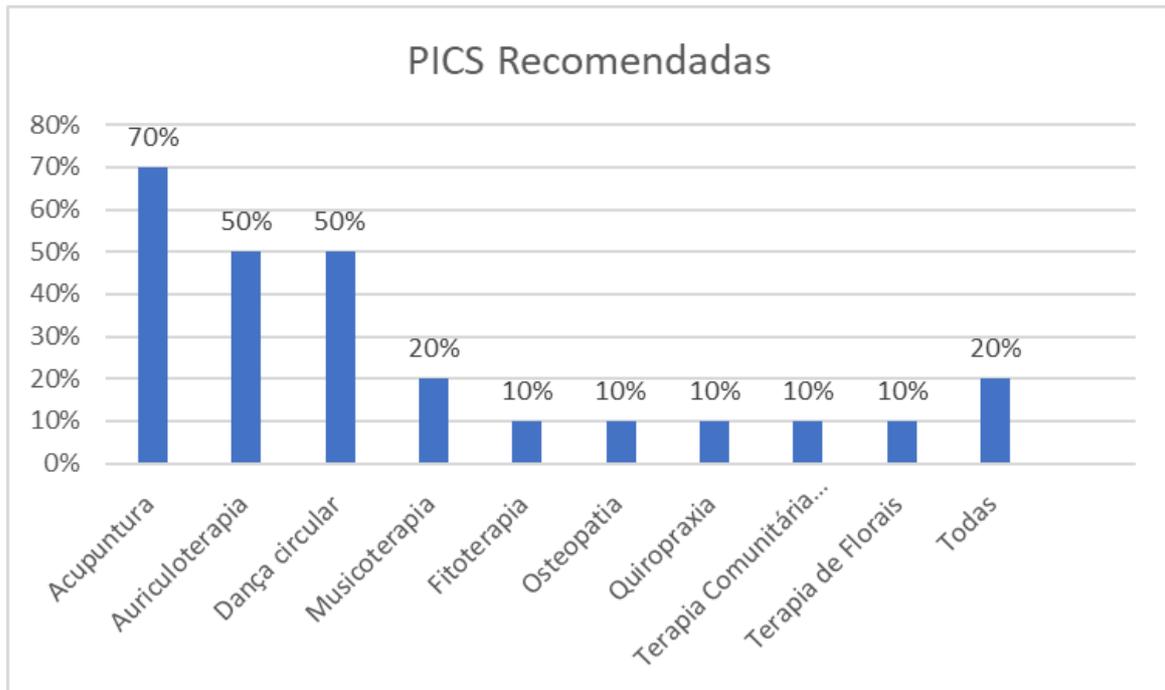
### **Concepção das equipes NASF acerca da Educação Permanente em Saúde**

Com relação à Educação Permanente em Saúde (EPS) todos os profissionais (100%) sinalizaram a falta de capacitação sobre as PIC. Admitem que a EPS é extremamente relevante para a qualificação do processo do trabalho, por isso, quando realizado custeiam com recursos próprios mediante interesse particular e sem vinculação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Somente 20% dos profissionais, estes com maior tempo de vinculação ao serviço, relataram a oferta de capacitação relacionada às PIC pela SMS, contudo, concedida pelo MS, onde nem todos puderam participar em decorrência do deslocamento, custeio, e agenda de trabalho. Enfatizam que geralmente são eles quem realizam com os profissionais de acordo com as temáticas demandadas pelos serviços da rede.

### **Práticas Integrativas e Complementares indicadas pelos profissionais do NASF**

No escopo das PIC reconhecidas pelos profissionais do NASF os mesmos foram questionados sobre quais recomendariam para serem ofertadas na rede básica de saúde de seus respectivos municípios, descritas no gráfico 2.

**Gráfico 2.** PIC recomendadas pelos profissionais do NASF.

**Fonte:** Dados da pesquisa

De acordo com o exposto no gráfico 2, a acupuntura foi à terapêutica mais recomendada (70%) pelas equipes, seguida da auriculoterapia (50%) e dança circular (50%). Embora constituíssem modalidades distintas, população e abrangência territorial, bem como, peculiaridades locais, constata-se que as práticas recomendadas convergem com as práticas até então reconhecidas, sobretudo, a acupuntura. Ademais, outras práticas foram indicadas, não aprovadas pela PNPIC: Eletroterapia (10%); lúdico (10%); massagem (10%) e; pilates (10%).

## DISCUSSÃO

Com relação às PIC na concepção dos profissionais do NASF, estas são reconhecidas como uma modalidade advinda da Medicina Tradicional Chinesa, compreendida como alternativa complementar e inovadora de produzir cuidado. Pautada na concepção ampliada do processo saúde-doença e a integralidade da atenção, com vistas à diminuição das práticas

medicamentosas e seus efeitos adversos, e aumento na qualidade de vida dos sujeitos, em consonância com os autores (10,11) e conforme explicitado nas falas a seguir.

*[...] é um método alternativo, é, no que diz respeito à prevenção, promoção de saúde e redução de agravos (E3A).*

*[...] elas iriam ajudar nisso, porque muitas vezes nós vemos pessoas que nem tem tanta necessidade de está tomando medicamento, ou de está fazendo essas práticas curativistas (E2A).*

*[...] elas vem auxiliar a rede comum de atendimento a saúde, é, no sentido de que, fugindo da medicina alopata né, apenas medicamentosa (E6B).*

*[...] então vai entrar como um auxílio pra qualidade do tratamento (E6B).*

*[...] coisas da Medicina tradicional chinesa (E1A).*

Desse modo, voltada à integralidade do cuidado as PIC atuam tanto na prevenção de agravos, quanto na promoção da saúde e tratamento de doenças, em razão da subjetividade e singularidade vivencial do processo saúde-doença, sobretudo quando se trata do autocuidado (12,13).

Constata-se na literatura (14,15) a crescente utilização dessas práticas nos sistemas de saúde, contudo expressa o apoio escasso de sua implantação por conta do insuficiente fomento financeiro, baixo monitoramento e avaliação de sua oferta, bem como, a fragilidade no investimento a formação e qualificação profissional.

Nesse contexto estudos (16) apontam para a importância de capacitá-los e argumenta que o despreparo dos profissionais da saúde em relação às PIC, resulta da não valorização por parte da gestão. Em concordância (17,18 e 19) acrescentam que esse cenário deriva da carência dessa temática nos cursos de graduação, no sentido de inseri-la nos currículos acadêmicos por diversas formas de inclusão.

Diante do exposto, a pesquisa desvela sobre a fragilidade da formação acadêmica para a atuação dos profissionais no contexto da saúde pública, inclusive em relação às PIC.

*[...] na faculdade a gente já teve até uma disciplinazinha de Acupuntura, porque que surgiu, assim do nada, uma optativa, acredite, uma optativa (E1A).*

*[...] na faculdade não, não! [...]* (E3A).

Sendo assim, a pesquisa mostra que embora os profissionais no NASF reconheçam algumas das qualidades características das PIC (Quadro 1), prevalece o conhecimento superficial acerca da temática, sobretudo enquanto práticas ofertadas pelo SUS fundamentada nos objetivos e diretrizes da PNPIC (7).

Das 29 práticas aprovadas pelo MS por meio da PNPIC (19) para utilização no SUS, os participantes da pesquisa descreveram 14 (Gráfico1) sendo que a acupuntura foi à terapêutica posta em evidência e, também indicada pelos profissionais para ser inserida na rede de cuidado em saúde (Gráfico 2).

O estudo de (22) aponta para o interesse da utilização da acupuntura em decorrência de experiências positivas vivenciadas tanto no âmbito pessoal como recurso alternativo e potente como estratégia de autocuidado e de terceiros. Sugere que essa percepção positiva reflete do aumento substancial da insatisfação do modelo biomédico estruturado em tecnologias duras e, superespecialização que fragmenta as ações em saúde. Além de uma abordagem segura e benéfica (23, 24).

Diante do exposto, atualmente várias iniciativas tem surgido de inserção das PIC nas escolas médicas, inclusive no que diz respeito à acupuntura (22), em contrapartida (25) discorre que embora mundialmente observa-se o aumento dessa terapêutica, sobretudo com os avanços decorrentes da PNPIC, ainda é incipiente a produção científica na área.

Sabe-se que a produção científica e a qualificação profissional por meio de cursos de capacitação, EPS, e a própria formação acadêmica converge para a efetividade do trabalho em

saúde (17). Isso posto, a EPS institui-se como pilar na construção de inovadoras práticas de saúde com vistas ampliar e melhorar o processo de trabalho de acordo com as demandas profissionais e institucionais, para tanto, busca trabalhar com instrumentos propulsores voltados a análise crítica cotidianas aos serviços de saúde (26).

Autores (27) complementam que a EPS se expressa como um campo experiencial de problematizações, mobilizando a construção do conhecimento por meio do entrecruzamento entre os saberes. Nessa acepção da oferta da EPS as equipes do NASF sobre as PIC, os participantes descrevem.

*[...] práticas integrativas e complementares não! Pelo menos do período que eu estou não (E1A).*

*[...] não tem (E2A).*

*[...] não, de jeito nenhum, queria até muito, inclusive, a gente precisaria muito (E4A).*

*[...] não, em relação às PIC não, nunca teve nenhuma, é, educação permanente não (E1B).*

Diante das falas é possível inferir que embora reconheçam a importância da EPS, em sua maioria descrevem que não acontecem, principalmente com relação às PIC. Quanto a outras temáticas demandadas pelas equipes para aperfeiçoamento e capacitação, as falas expressam a fragilidade e a não ocorrência destas para suporte das equipes.

*[...] Você quer saber se a gente tem algum treinamento? durante esse tempo que estou ainda não tive nenhum, treinamento, né (E4B).*

*[...] é, já, acho, já tivemos algumas capacitações, mas assim, é raro, é bem raro (E1A).*

*[...] quase nunca (E2A).*

De acordo com os autores (26) a EPS configura-se como espaço constitutivo para a análise do cotidiano do trabalho, sendo assim, o processo educativo deve ocorrer de modo flexível para atender as demandas impostas. Em conformidade, (28) acrescenta que a EPS no

contexto das PIC torna-se fundamental mediante o contexto cultural cujas produções de sentido do processo saúde-doença baseiam no modelo médico ainda hegemônico.

À vista disso, a falta de conhecimento práxis-teórica demanda maior cooperação, disponibilidade e confiança por parte dos profissionais. Ressalta-se que o tempo curto de implantação do NASF reflete em estudos insuficientes, principalmente, no que cerne a utilização das PICS no escopo de trabalho das equipes, bem como, do conhecimento da política enquanto habilitação para sua execução no SUS (4).

Destarte avançar nos estudos acerca dessa temática, torna-se condição essencial para consolidação tanto da PNPIC, quanto do próprio trabalho desenvolvido pela equipe NASF, diante de sua importância na lógica integral do cuidado, e modos de produzir atenção em saúde, repercutindo na qualificação do atendimento, no desenvolvimento do processo de trabalho e diminuição dos encaminhamentos desnecessários (6).

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Moura RH, Luzio C. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)*. 2014, 18(1): 957-970.
3. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014, 19(8): 3561-3571.
4. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015, 20(9): 2847-2856.
5. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate*. 2017, 41(3): 171-187.
6. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznalwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2015, 40(131): 59-74.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Série B. Textos básicos de saúde, Brasília, DF, 2006, 92 p.
8. Bispo Junior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública*. 2017, 33(9): e00108116.
9. Bardin L. Análise de conteúdo/ Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro.— São Paulo: Edições 70, 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, 2015.
11. Telesi Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. Av.* 2016, 30(86): 99-112.
12. Varela DSS, Azevedo DM. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. *Trab. educ. saúde*. 2014, 12(2): 273-290.

13. Fuentes D. (Bio) Ética, Investigación y Medicina Complementaria: Una Prioridad en Salud Pública. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2016, 1(1): 38-44.
14. Barros NF, Tovey F. O ensino das terapias alternativas e complementares em escolas de enfermagem. In: Barros NF, Siegel P, Otoni MAP. – [org]. *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. – São Paulo: Hucitec, 2011.
15. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*. 2017, 33(1): 1-15.
16. Ferreira JA, Monteiro ADC, Lima NBA, Souza PTL. Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos. *J. res.: fundam. care*. Online. 2017, 9(1): 200-207.
17. Nascimento, M. C.; Romano, V. F.; Chazan, A. C. S.; Quaresma, C. H. 2018. *Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Desafios para as Universidades Públicas*. *Trabalho, Educação e Saúde*. 16(2), pp.751-772.
18. Climaco LCC, Almeida JS, Ferraz IS, Aragão AS, Duarte ACS, Boery RNSO. *Conhecendo as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Oficina Educativa*. *Rev enferm UFPE online*. 2019, 13 (4): 1167-72.
19. Almeida JS, Aragão EA, Climaco LCC, Ferraz IS, Reis LA, Martins Filho IE. Práticas integrativas e complementares no conteúdo programático dos estudantes de psicologia: relato de experiência docente. *International Journal of Development Research*. 2019, 09(11): 31292-31295.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
21. Carnevale RC, Brandão AL, Ferraz RO, Barros NF. O Ensino da Acupuntura na Escola Médica: Interesse e Desconhecimento. *Rev. bras. educ. med*. 2017, 41(1) 134-144.
22. Nunes MF, Junges JR, Goncalves TR, Motta MA. A acupuntura vai além da agulha: trajetórias de formação e atuação de acupunturistas. *Saúde soc*. 2017, 26(1): 300-311.
23. Trinh K, Graham N, Irnich D, Cameron ID; Forget M. WITHDRAWN: Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016, 11 (004870).

24. Tong T, Pei C, Chen J, Lv Q, Zhang F, Cheng Z. Efficacy of Acupuncture Therapy for Chemotherapy-Related Cognitive Impairment in Breast Cancer Patients. *Med Sci Monit.* 2018, 24(2919-2927).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF, 2005. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Educação na Saúde.
26. Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 2014, 16(3): 604-11.
27. Almeida JRS, Bizerril DO, Saldanha KGH, Almeida MEL. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista da ABENO.* 2016, 16(2): 7-15.
28. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012, 17(11): 3011-24.

**4.2 MANUSCRITO 2:** *Implantação das Práticas Integrativas e Complementares no Núcleo de Apoio a Saúde Família*

**O manuscrito será submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem**

**IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO  
NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE FAMÍLIA  
IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS INTEGRATIVAS Y ADICIONALES EN EL  
NÚCLEO DE APOYO A LA SALUD FAMILIAR**

Juliane dos Santos Almeida<sup>1</sup>  
Ismar Eduardo Martins Filho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus, Jequié-BA, Brasil.

<sup>2</sup> Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Docente do Departamento de Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Campus, Jequié-BA Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar quais as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ofertadas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), bem como, descrever as Estratégias de cuidado realizadas pela equipe à Rede de Atenção à Saúde. **Método:** Estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, realizado com profissionais de duas equipes NASF contempladas na Regional de saúde sul do estado Baiano. A estratégia utilizada para a produção das informações foi à entrevista semiestruturada, analisada sob a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016). **Resultados:** Os profissionais apontaram para a falta de apoio da gestão, a fragilidade das ações voltadas a qualificação dos profissionais, bem como, a informação sobre a temática voltada à comunidade. E, estas por sua vez, são descritas como condições imprescindíveis para a inserção e utilização das PIC nos territórios. **Conclusão:** É preciso conhecer as PIC para utilizá-las, portanto, a informação sobre a PNPIC precisa ser difundida entre profissionais-gestores-usuários.

**Palavras-chaves:** Terapias complementares. Assistência à Saúde. Núcleo de apoio à saúde da Família.

## RESUMEN

**Objetivo:** Verificar las Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC) ofrecidas por el Family Health Support Center (NASF), así como describir las estrategias de atención realizadas por el equipo a la Red de Atención Médica. **Método:** Estudio cualitativo, del tipo exploratorio y descriptivo, realizado con profesionales de dos equipos NASF contemplados en la Región de Salud del Sur del estado de Bahía. La estrategia utilizada para la producción de la información fue la entrevista semiestructurada, analizada bajo la técnica de análisis de contenido por Bardin (2016). **Resultados:** Los profesionales señalaron la falta de apoyo gerencial, la fragilidad de las acciones dirigidas a la calificación de los profesionales, así como la información sobre el tema dirigido a la comunidad. Y estos, a su vez, se describen como condiciones esenciales para la inserción y el uso de PIC en los territorios. **Conclusión:** es necesario conocer los PIC para usarlos, por lo tanto, la información sobre el PNPIC debe difundirse entre los usuarios profesionales-gerentes.

**Palabras clave:** Terapias complementarias. Atención de salud Centro de apoyo a la salud familiar.

## INTRODUÇÃO

As práticas Integrativas e Complementares (PIC) caracterizam-se pelo uso de recursos terapêuticos que pautados em métodos naturais volta-se a atenção integral a saúde, sobretudo, ações de prevenção de agravo e promoção da saúde. Para tanto, reflete uma nova abordagem do cuidado, fundamentada na escuta acolhedora, vínculo terapêutico e concepção ampliada do processo saúde-doença, considerando a multidimensionalidade do sujeito, portanto reconhecida como uma tecnologia leve do cuidado e autocuidado (1).

Denominada pela Organização Mundial da saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), foi institucionalizada e legitimada no Brasil após a

criação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na década de 80, que mediante o processo de descentralização e controle social os municípios puderam conquistar autonomia no planejamento de suas ações, corroborando para a implantação de experiências inovadoras (2).

Tendo em vista zelar pelo cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente nas ações inclinadas para a integralidade da atenção a saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), de sobremaneira, no sentido de estabelecer parâmetros que apoiem a incorporação e implementação dessas práticas nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica (AB) (1).

Estudos apontam para a expansão da AB no Brasil, operacionalizada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com resultados positivos na melhoria de acesso a população, e na oferta de novas estratégias de cuidado. E além de maior cobertura assistencial, à criação de equipes multiprofissionais por meio de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (3).

O NASF foi criado em 2008 pelo MS mediante a Portaria de nº 154/2008 com o objetivo de ofertar retaguarda especializada as equipes de AB e ESF, por meio do suporte técnico pedagógico e clínico assistencial, isto é, ancorado a sua lógica de matriciamento, tendo em vista ampliar as ações de saúde de modo resolutivo, fortalecendo, portanto a atenção primária (4).

A proposta de trabalho do NASF visa reorientar as práticas de saúde para além da lógica ambulatorial com foco na especialidade, encaminhamento, referência e contra referência, em virtude da produção coletiva e transversalizada de acordo com as necessidades de saúde dos indivíduos e, em conformidade com as diretrizes da AB (5).

Do mesmo modo, articula-se a diversas políticas nacionais como a de Promoção da Saúde; Integração da Pessoa com Deficiência; Alimentação e Nutrição; Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Assistência Farmacêutica; Pessoa Idosa; Saúde Mental; Humanização em Saúde, e Política Nacional de Assistência Social, inclusive com as Práticas Integrativas e Complementares (4).

Diante do exposto o presente estudo tem por objetivos verificar quais as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) ofertadas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), bem como, descrever as estratégias de cuidado realizadas pela equipe à Rede de Atenção à Saúde.

## **MÉTODO**

Situado no campo da pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, o estudo foi realizado entre os meses de julho e outubro de 2019 em dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os serviços onde a pesquisa foi realizada integram o Núcleo Regional de Saúde do Sul baiano, enquanto NASF tipo I e NASF tipo II, visando de maneira integrada ampliar o escopo das ações da Atenção Básica (AB) de forma resolutiva e abrangente (4).

O NASF tipo I conta com quatro categorias profissionais, sendo estes: Fisioterapia, Nutrição, Profissional de educação física e Psicologia. Enquanto que o NASF tipo II é composto por sete especialidades: Assistência Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Médico Veterinário, Nutrição, Profissional de educação física, Psicologia.

As duas equipes multiprofissionais totalizaram no período da coleta de dados 11 trabalhadores, sendo que a equipe I estava incompleta em decorrência da falta de contratação do profissional da área de Assistência Social e a Equipe II do Terapeuta Ocupacional e Farmacêutico. Contudo dos 11 trabalhadores atuantes na área, 10 aceitaram participar do estudo.

Como critério de inclusão foi considerado o tempo de três meses de atuação na equipe tendo em vista a integração dos processos de trabalho, tempo não estendido por conta da rotatividade dos profissionais em regime de contratação. E como critério de exclusão os profissionais de licença e/ou férias no período da coleta de dados. A escolha do cenário se deu pelo critério de proximidade territorial, acessibilidade, e comunicação oportuna.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob CAAE 97185218.3.0000.0055 e parecer nº 2.978.060. Diante dessa prerrogativa, foram respeitados os preceitos éticos, e todos que participaram o fizeram de maneira voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Posteriormente os dados foram coletados utilizando-se da entrevista semiestruturada, por intermédio de um roteiro composto de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, formação acadêmica, área de atuação, tempo de serviço na unidade) e adicionalmente por questões norteadoras correlacionadas aos objetivos do estudo.

Os dados obtidos foram examinados por meio da análise de conteúdo, estruturada em três fases, nessa ordem: 1ª fase, caracterizada como pré-análise, mediante a realização de leitura flutuante e familiarização com o conteúdo. 2ª fase, exploração do material utilizando-se materiais bibliográficos e conclusão da preparação do material para análise. E 3ª fase, que corresponde ao tratamento e análise dos resultados obtidos nas etapas anteriores conclusivo com interpretação e categorização dos dados (6).

Considerando os preceitos éticos no que tange a preservação da identificação dos sujeitos da pesquisa, estes foram identificados por meio da letra “E” de Entrevistado, seguido da letra “A” consecutivo de município I e letra “B” referente ao município II, prosseguido pelo número referente a entrevista (exemplo: E1A, E1B).

## RESULTADOS

A pesquisa caracterizou-se pela participação de 10 profissionais atuantes em duas modalidades distintas de NASF, que do tipo I e do tipo II, subsidiavam respectivamente 04 e 07 Unidades de saúde da Família/Atenção Básica.

Com relação à formação dos profissionais obteve-se a seguinte representatividade: Assistência Social (01), Fisioterapia (02), Fonoaudiologia (01); Médico Veterinário (01); Nutrição (01); profissional de educação física (02) e Psicologia (02). O tempo de atuação na equipe variou de três meses a quatro anos. Em suma, não possuíam experiências anteriores no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), inclusive no que diz respeito ao trabalho no NASF e, utilização das PIC. Quanto à Educação Permanente em Saúde apenas 20% dos profissionais relatou possuir especialização na área da saúde coletiva. A idade dos participantes foi de 25 a 37 anos, com predominância do sexo feminino (80%).

No tocante a implantação das PIC no serviço que atuam, foram categorizadas as seguintes repostas:

### Quadro 1. Implantação das PIC no NASF.

<b>Categorização das respostas</b>	<b>(n)</b>
Não foram implantadas (Município A)	4
Movimento de implantação (Município B)	3
Não responderam (Município B)	3
<b>Total</b>	<b>10</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

O NASF II (Município A) não utilizam as PIC no escopo de suas ações, relatadas por todos os profissionais (100%), portanto não implantadas.

*[...] Não foram implantadas não! (E1A).*

*[...] Não existe (E2A).*

*[...] Não teve, não teve (E3A).*

*[...] Não tem porque isso dá errado, a verba vem, porque não investem o dinheiro na gente (E4A).*

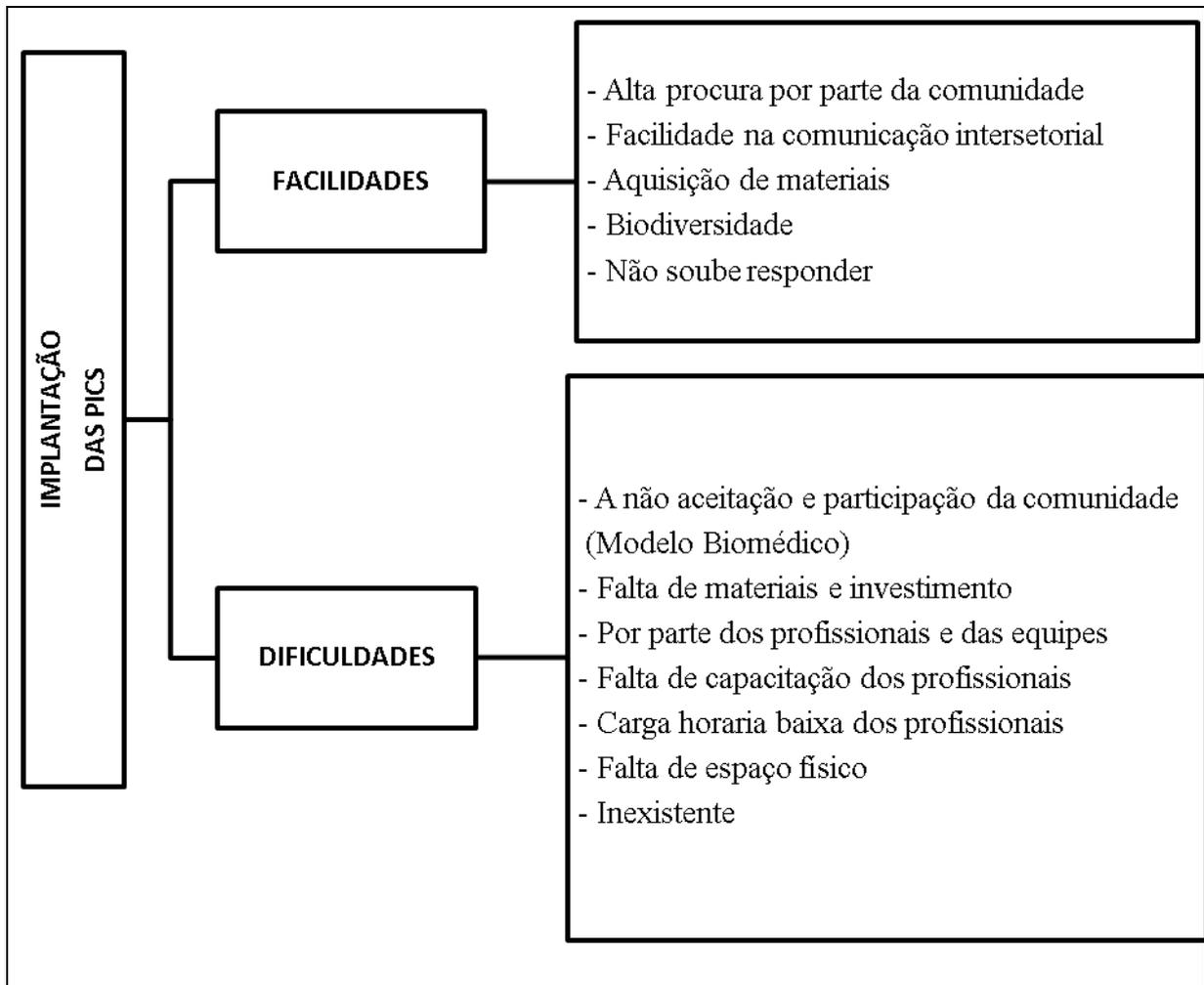
Em contrapartida os profissionais do NASF I (município B) (50%) afirmam que as PIC estão em movimento de implantação, enquanto que 50% não responderam.

*[...] Na verdade a gente começou né, por conta do curso e aí a gente foi vendo a necessidade né, do nosso público (E1B)*

*[...] em 2017, é, foi aí que a gente começou né, a introduzir as PICs aqui no município, a partir da auriculoterapia, só que aí depois pesquisando também, a gente foi vê que outras práticas como a massagem Shantala, a gente já fazia aqui com o grupo de gestantes, então a gente passou né, também a dá mais ênfase, nessa prática integrativa, e aí, é, agente começou né, a difundir aqui no município, tanto a Shantala, como a Auriculoterapia e, também, com Plantas Medicinais (E1B).*

Quanto às facilidades e dificuldades enfrentadas pelas equipes para a oferta das PIC à população, embora a implantação tenha ocorrido apenas no NASF I, todos os profissionais, concomitantemente, independente de utilizarem ou não no seu repertório de ações, responderam conforme categorizadas na figura a seguir.

**Figura 1.** Facilidades e dificuldades da implantação das PIC na concepção dos profissionais do NASF.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No que tange as facilidades para a implantação das PIC as equipes consideraram a alta procura por parte da comunidade como um fator positivo (40%), bem como, a comunicação intersetorial entre os profissionais da rede (30%) e aquisição de materiais (10%). A biodiversidade foi expressa por um profissional (10%), e outro não soube responder (10%).

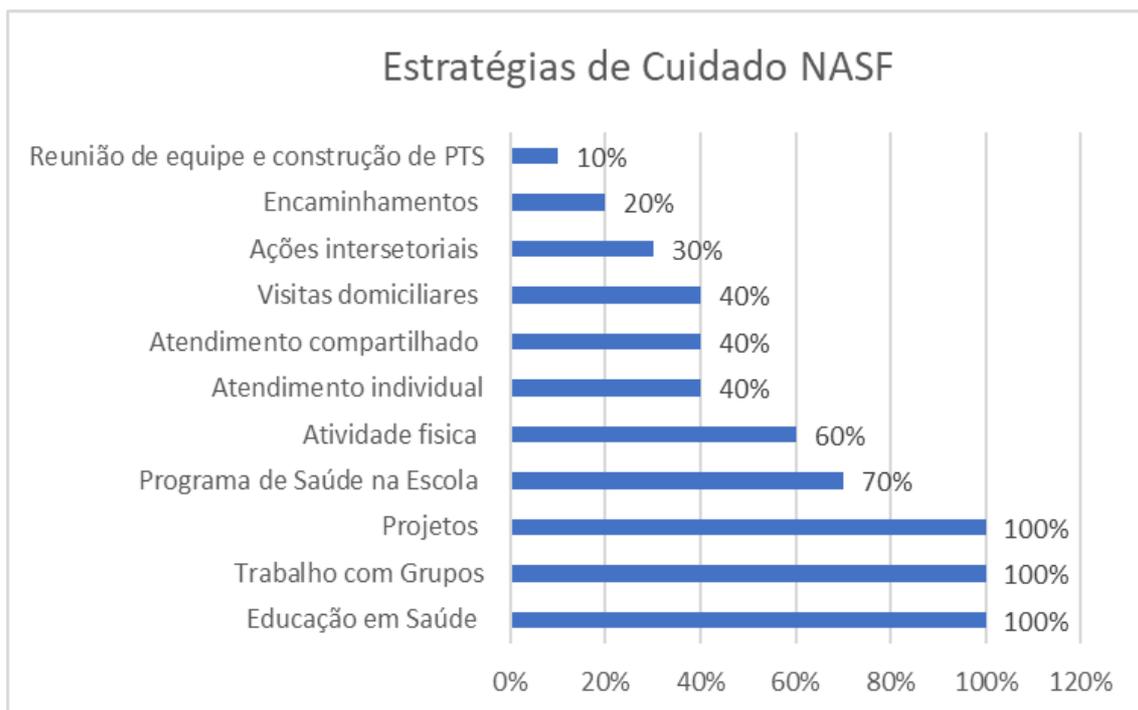
*[...] a nossa biodiversidade aqui, ela, é permite e muito [...]* (E3A).

Como dificuldades, ambas as equipes relataram (100%) a aceitação das PIC por parte da comunidade, como também, a participação dos mesmos como corresponsáveis pelo processo do cuidado, cuja cultura ainda arraigada ao modelo biomédico. A falta de materiais e

de investimentos foi descrita por 80% dos profissionais, além das dificuldades encontradas em decorrência das resistências das próprias equipes de saúde e profissionais diante da integração a novas abordagens do cuidado (60%), além disso, a falta de capacitação foi expressa por 40% dos trabalhadores. Outras dificuldades apontadas foram à baixa carga horária dos profissionais (10%), falta de espaço físico para a realização das atividades (10%) e inexistência de dificuldade (10%).

Ao serem indagados sobre quais estratégias de cuidado eram ofertados pelas equipes, estas foram descritas da seguinte forma (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Estratégias de cuidado realizadas pelas equipes do NASF.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

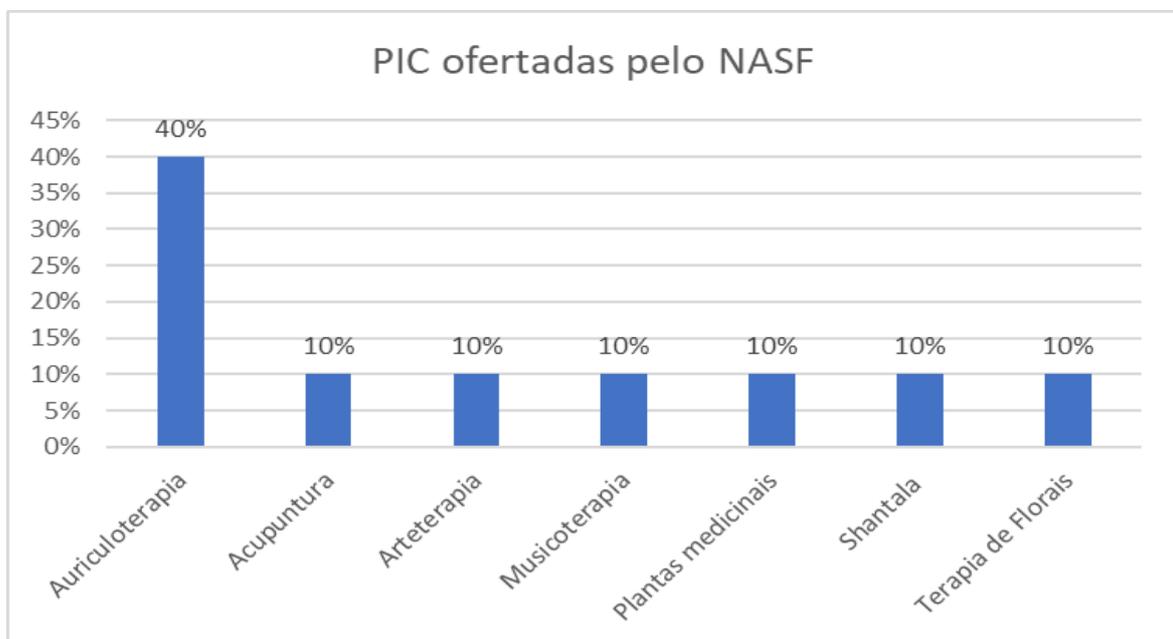
Foram descritas 11 atividades enquanto estratégias de cuidado ofertadas pelas equipes no suporte as ações da AB. Destas, prevaleceram às ações de Educação em Saúde (100%) visto que todos os profissionais enfatizaram essa prática enquanto algo comum no cotidiano do trabalho. As atividades com grupos também foram postas em evidência (100%), inclusive correlacionado e, como resultado de projetos voltados a saúde da comunidade (100%).

Seguidamente, apontaram as ações voltadas ao Programa de Saúde na Escola (PSE) (70%) e práticas de atividade física (60%). Os entrevistados indicaram a realização de atendimento individual (40%); atendimento compartilhado (40%) e visitas domiciliares (40%). As ações intersetorias foram descritas por 30% dos entrevistados. Ademais registraram a realização de encaminhamentos (30%) e apenas 10% afirmaram construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e participar de reuniões de equipe.

Outras práticas citadas (roda circular, ações relacionadas ao calendário do Ministério da Saúde, panfletagem, caminhada, feira de saúde, acolhimento, fisioterapia domiciliar e benefício da assistência social) foram reconhecidas como uma prática comum das equipes.

Quanto às ações relativas às PIC realizadas no território, a equipe NASF que registrou a implantação descreveu as seguintes terapêuticas (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** PIC realizadas pela equipe NASF descritas pelos profissionais.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Dos profissionais integrantes do NASF I, 40% apontaram a auriculoterapia enquanto a terapêutica mais utilizada pela equipe, seguida de práticas relativamente utilizadas com menor frequência como acupuntura (10%); arteterapia (10%); musicoterapia (10%); plantas medicinais (10%); shantala (10%) e; terapias de florais (10%).

Destarte outras práticas foram reconhecidas como uma abordagem integrativa do cuidado pelas equipes, embora não aprovadas e reconhecidas pela PNPIC, como as salas de espera; palestra; PSE; atividade física; grupo de música; karaokê; dança; arte; pintura e terapia. Também, 20% disseram desconhecer e 10% relatou que não funcionava. Destaca-se que nenhuma prática foi identificada pelo NASF II visto que não contemplam a implantação de nenhuma das PIC no município.

## **DISCUSSÃO**

Em conformidade com o exposto nas diretrizes do NASF a composição das equipes constituir-se-á de acordo com as necessidades identificadas no território, portanto, definidas pelo gestor municipal em consonância com as equipes de AB respeitando as condições socioeconômicas da população e o perfil epidemiológico do território (4). Nesse particular, as equipes correspondem ao exposto, mediante suas respectivas modalidades de implantação (NASF I e NASF II).

Na perspectiva de alguns autores (5, 7), se tratando de uma lógica de trabalho recente, de caráter interdisciplinar e transdisciplinar, vários desafios são postos a equipe, inclusive no que tange a formação dos profissionais na área da saúde. Diante do exposto, o estudo mostra preparação incipiente dos profissionais no campo da saúde coletiva, sobretudo ausência de experiências anteriores ao NASF e utilização das PIC em seus espaços de atuação.

Segundo as diretrizes ministeriais do NASF, as PIC correspondem uma das áreas estratégicas referente às ações operacionais sob sua responsabilidade, dentre outras lógicas relativas ao processo de trabalho (4). A vista disso, os resultados deste estudo apontam divergências quanto à implantação das PIC no rol de ações das respectivas equipes (Quadro 1), com a inexistência da utilização dessas terapêuticas por parte de uma das equipes estudadas.

Isso pode estar associado à vontade política e a gestão do trabalho em saúde, enquanto condição imprescindível na implantação dessas práticas. Também, o conhecimento da existência dessas terapêuticas enquanto instituídas na PNPIC e ofertadas pelo SUS (8), sua eficácia no potencial do cuidado (9), tanto por parte da gestão, quanto dos profissionais. De sobremaneira, a superficialidade do conhecimento em relação às PIC pode convergir com o esforço singular dos profissionais na busca da auto capacitação (8), embora esta seja uma iniciativa de responsabilidade da gestão (1).

Em conformidade com estudo apresentado (10), infere-se que a valorização das PIC por parte da gestão torna-se fator preponderante para a inclusão dessas terapêuticas nos equipamentos de saúde do SUS, aliada a procura por parte da comunidade.

As diretrizes da PNPIC indica a importância do fortalecimento e estruturação das PIC em todos os níveis de atenção, sobretudo na AB, para tanto, enfatiza a imprescindibilidade de mecanismos de financiamento, bem como, o desenvolvimento de estratégias de qualificação acerca da temática aos profissionais no SUS fundamentado nos princípios de diretrizes da educação permanente, adicionalmente a divulgação e informação de conhecimentos básicos das PIC (2).

Diante disso, uma pesquisa (8) acerca da avaliação do grau de implantação das PIC na AB em Santa Catarina, demonstra que municípios de pequenos portes populacionais demandam ações e políticas que contribuam para consolidação da qualidade resolutiva dos atendimentos. Como também, aponta em seus resultados a predominância dos municípios que não a ofertam, bem como a característica heterogênea de sua implantação, embora reconheça a tendência de implantação similar pela proximidade local. Em contraposição aos achados desse estudo, as equipes estudadas não refletiram essa tendência, visto que, embora localizassem em regiões limítrofes não apresentaram condição similar.

E, embora as equipes divergissem quanto à utilização das PIC em seus repertórios de ação, dado que o NASF II não contemplava a implantação dessas práticas do serviço, diferentemente do NASF I que ofertavam essas terapêuticas a comunidade, ambas concordaram acerca das dificuldades e facilidades interpostas a implantação das PIC no território.

No que tange as facilidades para a implantação das PIC as equipes consideraram a alta procura por parte da comunidade como um fator positivo, nessa mesma lógica, estudos tem apresentado o aumento substancial na utilização de modos alternativos e integrativos de cuidado em saúde em decorrência do descontentamento de modelos prescritos e verticalizados de atenção à saúde que desconsideram a complexidade do sujeito e, portanto não dão conta de produzir ações integrais (11,12).

*[...] ia ter uma, uma procura muito grande (E4A).*

*[...] e o público eles, eles gostam (E5B).*

*[...] eles tem uma boa aceitação das PICS (E5B).*

Em contrapartida, a ênfase no modelo biomédico, relatada pelos entrevistados, como resultado da resistência da comunidade na aceitação das PIC, resulta de uma cultura cristalizada que muitas vezes busca na atuação do NASF atuações baseadas no tratamento da doença, e na medicalização que prevalece como forma potente de cuidado.

*[...] eu acho que a comunidade talvez não aceitaria, justamente por essa questão do assistencialismo (E2A).*

*[...] nós encontramos pessoas muito assistencialistas, então pra elas é muito mais fácil chegar ao posto de saúde pegar um medicamento, do que vê outras alternativas (E2A).*

*[...] querendo ou não as pessoas são muito, gostam muito da medicina assistencialista, né, que ir à unidade pra pegar o remédio, e pegar a receita do remédio e voltar pra casa (E1A).*

*[...] a nossa comunidade ela é resistente, a educação em saúde, a prevenção, promoção ela é bem pautada sabe, nos métodos curativistas, tradicionais, de remédio, prescrição (rs) nada de transversal” (E3A).*

*[...] eles ainda não entendem, é, a importância sabe, da prevenção mesmo, é, a importância né, de serem protagonista dessa história (E3A).*

*[...] porque agente quer atuar com a prevenção, mas o pessoal acha que é tratamento (E4A)*

*[...] então no começo, da primeira vez que fez, lotado, depois a gente esta fazendo, eles tão faltando, só que o que é que acontece, quando não faz, eles vem, e se queixam, 'quando é que vai colocar?' (E3B).*

*[...] conseguir atingir um, um número grande de pessoas (E6B).*

As falas dos entrevistados expressam o exposto pelos autores (3,5) quanto à realidade dos serviços de saúde na tentativa de romper com a perspectiva hegemônica nos modelos de atenção ainda predominante na rede. E a importância do fortalecimento da participação dos atores sociais no que diz respeito às atividades oferecidas nos dispositivos da rede (13).

A falta de recursos materiais e disponibilidade de espaço físico também foram descritos como uma barreira à realização dessas práticas, atrelada a dificuldades dos profissionais e das equipes se integrarem a uma nova lógica a novas abordagens do cuidado, expresso muitas vezes pela falta de capacitação e preparo dos trabalhadores da saúde, em consonância com o exposto no estudo de (10,14,15).

*[...] os próprios profissionais né, podem ter dificuldade em realmente levar adiante as práticas, estou falando profissionais todos né, Médicos, Agente Comunitário, Enfermeiros (E1A).*

*[...] disponibilidade da equipe de saúde pra está selecionando o público, por que assim, quem conhece o público, quem sabe a necessidade, né, quem tem uma visão melhor da população, é, a equipe de saúde, e, às vezes falta um pouco assim, dessa disponibilidade deles, né, tem equipe não, que rapidinho. Já outras equipes têm mais uma dificuldade 'há não tenho tempo, há' então assim sempre acontece, essas barreiras, assim, essas dificuldades, talvez se soubessem o tanto de benefícios que as PICs trazem para a população, desse mais valor, né, as práticas que são ofertadas (E1B).*

*[...] tem que acontecer essa sensibilização, da rede de saúde (E3A).*

Pesquisas (3,13) descrevem que a parceria existente entre os profissionais do NASF com sua rede, a qual oferta apoio, corrobora para que suas ações decorram de maneira efetiva,

cuja relação reflete nos processo de trabalho, seja enquanto facilitador ou dificultador dos processos produtivos e assistências, ancorados a lógica curativista e fragmentada ou ampliada e de promoção de estratégias conjuntas.

Desse modo, as tensões postas na rede como resultado da resistência da integração dos profissionais da AB a lógica da prevenção de agravos e promoção da saúde, muitas vezes acaba contribuindo para a reprodução e manutenção dos modelos tradicionais de atuação no cotidiano dos serviços (3).

De toda forma, ao consultá-los sobre as práticas de cuidado realizadas no território (Gráfico 1), as ações de educação em saúde foram descritas como intervenção prioritária das equipes. De modo semelhante, as atividades realizadas com grupos, e ações voltadas ao Programa de Saúde na Escola (PSE) e as práticas de atividade física também foram enfatizadas, o que converge com o estudo realizado sobre o panorama nacional do NASF a partir de dados do PMAQ (15).

Os atendimentos individuais, bem como, atendimento compartilhado e visitas domiciliares foram indicadas como práticas constantes pelos profissionais, com diminuição dos atendimentos individuais mediante a compreensão dos profissionais e da própria comunidade quanto às atribuições do NASF, cujo trabalho se dá de modo transversalizado e integrado com foco nas atividades preventivas e de promoção da saúde (4).

Foi tímida a descrição da realização de ações intersetoriais, inclusive com as próprias equipes de saúde da família, reunião de equipe e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), não obstante com flexibilidade nos fluxos de encaminhamento. Também consideraram as práticas de panfletagem, caminhada, feira de saúde, acolhimento como uma prática comum, juntamente com ações pautadas no calendário do Ministério da Saúde.

Diante desse cenário os estudos (7, 5) mostram que a implantação do NASF por ser recente, reforça a importância da realização das reuniões para a discussão de casos, bem

como, para o planejamento das atividades e a construção de PTS, inclusive como estratégias direcionadas por suas diretrizes (4). Descrevem (5) também a dificuldade legítima de apoiador do NASF na utilização dessas ferramentas tecnológicas.

Quanto às ações relativas às PIC realizadas no território, considerando sua utilização somente pelo NASF I (Gráfico 2), os profissionais apontaram a auriculoterapia como a prática mais utilizada pela equipe, e aprovada na PNPIC. Resultado alinhado a vários estudos que indicam a utilização dessa terapêutica e sua eficácia (16,17,18).

De modo recorrente outras práticas, não aprovadas pela política e não reconhecida como PIC, foram citadas como sala de espera; palestra; PSE; atividade física; grupo de música; karaokê; dança; arte; pintura e terapia, que sinaliza certa falta de conhecimento sobre o campo das terapias complementares, por parte de alguns profissionais e, o desconhecimento da PNPIC por sua maioria. A literatura (19) mostra que mesmo diante de crescentes evidências que apoiam a utilização das PIC, muitas práticas permanecem pouco estudadas.

Ainda assim, o NASF constitui-se como dispositivo propulsor no que tange a ascensão e feitos em saúde da AB, inclusive enquanto função de suporte a ESF, tendo em vista a possibilidade de ampliação e melhoria nos resultados obtidos voltados a promoção da saúde e nos cuidados destinados a comunidade. Como também uma ferramenta potente para o aumento na utilização de tecnologias leves do cuidado, inclusive no contexto da ampliação das PIC (7).

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo demonstraram que a implantação das PIC embora de forma distintas nos territórios pesquisados, apontaram as mesmas facilidades e dificuldades para sua implantação, execução e efetivação. A falta de apoio da gestão foi posta em evidência, bem como, a lacuna no processo de qualificação dos profissionais que atuam na saúde, sobretudo

inseridos no NASF. Estes fatores destacados como condição imprescindível para a utilização das PIC enquanto estratégia de cuidado no território, mediante o apoio a sua implementação e fortalecimento.

Do mesmo modo concordam que a informação acerca da PNPIC precisa ser difundida entre os trabalhadores, gestores e usuários do SUS, para que assim, as PIC sejam acessíveis à população, e integradas à lógica de cuidado. Portanto, torna-se fundamental a qualificação dos mesmos, para que as utilizem em seus espaços de atuação, contribuindo para ações mais efetivas em conformidade com os princípios do SUS, especialmente a integralidade da atenção, tendo em vista sua lógica de trabalho pautada nos pressupostos da clínica ampliada.

Por meio dos achados da pesquisa, pôde-se constatar que muitas vezes a equipe reproduz a atenção ambulatorial mediante a cultura assistencialista da comunidade, que demanda a clínica individual, e muitas vezes refletem resistências quanto à aceitação de novas práticas voltadas a promoção da saúde e prevenção de agravos. Contudo, predomina a oferta de trabalhos com grupos e ações de educação em saúde da população.

Diante do exposto, o presente estudo mostra-se relevante para reflexão sobre a inserção e utilização das PIC no NASF, especialmente, sobre os potenciais e limitações interposto nessa condição. Sendo assim, estudo oferece subsídios que podem contribuir para a incorporação das PIC no rol de estratégias de cuidado do NASF.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Série B. Textos básicos de saúde, Brasília, DF, 2006, 92 p.
3. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. *Saúde debate*. 2018, 42(2): 145-158.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
5. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate*. 2019, 42(1): 328-340.
6. Bardin L. Análise de conteúdo/ Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. — São Paulo: Edições 70, 2016.
7. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde debate*. 2013, 37(99): 672-680.
8. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate*. 2017, 41(3): 171-187.
9. Huang A, Seshadri K, Matthews TA, Ostfeld BM. Parental perspectives on use, benefits, and physician knowledge of complementary and alternative medicine in children with autistic disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Altern Complement Med*. 2013, 19(9): 746-50.
10. Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017, 38(4).
11. Magalhaes MGM, Alvim NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. *Esc. Anna Nery*. 2013, 17(4): 646-653.
12. Schweitzer MC, Zoboli ELCP. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014, 48(spe): 184-191.

13. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. *Estudos de Psicologia*. 2016, 21(3): 272-281.
14. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Desafios para as Universidades Públicas. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018, 16(2): 751-772.
15. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate*. 2018, 42(1): 130-144.
16. Prado JM, Kurebayashi LFS, Silva MJP. Auriculoterapia verdadeira e placebo para enfermeiros estressados: ensaio clínico randomizado. *Rev. esc. enferm. USP*. 2018, 52(03334)
17. Mafetoni RR, Shimo AKK. Efeitos da auriculoterapia sobre a dor do trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev. esc. enferm. USP*. 2016, 50 (5): 726-732.
18. Maury-Sintjago E, Robledo-Larenas J, Pinto-Gallardo J, Rodríguez-Fernández AI. La auriculopuntura disminuye los niveles de ansiedad en adultos chilenos con malnutrición por exceso. *Univ. Salud*. 2018; 20 (3): 304-311.
19. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, Johnson JA, Mumber M, Seely D, Zick SM, Boyce LM, Tripathy D. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017, 67(3): 194-232.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam para a fragilidade do conhecimento acerca da PNPIC por parte dos profissionais que atuam no NASF-AB, por isso, talvez, observa-se as limitações postas para implementá-las e executá-las em seus respectivos territórios. Atrelado ao enraizamento do modelo biomédico ainda expresso por alguns profissionais da rede, o que reflete nas resistências de integrar de novas propostas de trabalho. Bem como, por parte da população que muitas vezes não participam como protagonistas do próprio cuidado, “habituação” à lógica prescritiva e medicamentosa da atenção.

Sendo assim, torna-se evidente a importância da qualificação dos profissionais, não somente do NASF-AB, mas de toda a rede, para que se torne possível inseri-las e efetiva-las em suas práticas. Visto a lógica ampliada do cuidado, redução de custos e efeitos adversos, assim como, a integração de todos, isto é, dos gestores, trabalhadores e usuários do serviço. Não só em relação às PIC, mas no fortalecimento da educação permanente para a qualificação dos processos de trabalho.

Perante o exposto, o presente estudo mostra-se relevante no sentido de refletir sobre as práticas de cuidado em saúde no nível primário de atenção, sobretudo, no que tange o uso de alternativas integradoras de produzir saúde, e não somente reprodução de modelos engessados e descontextualizados da realidade local e singularidades dos sujeitos, sendo as PIC, portanto, uma alternativa potente de estratégia de cuidado ofertada pela equipe NASF-AB mediante os recursos naturais e disponíveis em seus territórios, bem como, as necessidades de saúde demandas pelos sujeitos e, o fortalecimento das ações de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O. M; BARRETO, I.C.H. C; COELHO, L.S.A. A estratégia de Saúde da Família. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Rouquayrol **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2004.

AYRES, J. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 1, 2017.

BARBOSA, M.L. et al. Assistência à saúde prestada pelo SUS: a experiência de estudantes estrangeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160092, 2016.

BARDIN L. Análise de conteúdo/ Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. — São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Relatório final da VIII conferência nacional de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de Maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 3 de Maio de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 633, de 28 de Março de 2017**. Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de Março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Portal do Governo Brasileiro, 2013/2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>> Acesso em: 02 jan. 2020.

BRITO, G.R. et al. Fitoterapia: uma alternativa terapêutica para o cuidado em Enfermagem – relato de experiência. *Biota Amazônia Open Journal System*, Macapá, v.4, n.4, 2014.

CAMPOS, D. C. Um olhar qualitativo sobre a contemporaneidade. In: Baptista, Makilim Nunes. *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa / Makilim Nunes Baptista, Dinael Corrêa de Campos*. - 2. ed. - [Reimpr.]. -Rio de Janeiro: LTC, 2018.

CELA, M.; OLIVEIRA, I.F. O psicólogo no Núcleo de apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**. Rio Grande do Norte, v. 20, n.1, 2015.

FAUSTO, M.C.R. et al . A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, 2014.

FERREIRA, J.A et al. Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos. **J. res.: fundam. care. Online**, v.9, n. 1, 2017.

FIÚZA, A.R. et al. O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância para o trabalho médico. In BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M.A.P. [org]. *O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções*. – São Paulo: Hucitec, 2011.

FUENTES, D. (Bio) Ética, Investigación y Medicina Complementaria: Una Prioridad en Salud Pública. **Revista Peruana de Medicina Integrativa**, v.1, n.1, 2016.

GONÇALVES, R.M.A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, 2015.

GONTIJO, M. B. A; NUNES, M. de F. Práticas Integrativas e Complementares: Conhecimento e Credibilidade de Profissionais do Serviço Público de Saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2017.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. **A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade**. In N. T. Lima, S. S. Gerchman; F. C. Edler (Orgs.), *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 481-502). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativa da população de Apuarema-BA. 2010a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/apuarema/panorama>>. Acesso em: 30 dez. 2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativa da população de Ibirataia-BA. 2010b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/ibirataia/panorama>>. Acesso em: 30 dez. 2019.

LAKATOS, E. M. Metodologia científica. – 7. ed. – São Paulo: Atlas, 2017.

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, 2017.

MACHADO, D. C; CZERMAINSKI, S. B. C; LOPES, E. C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012.

MAGALHAES, M. G. M.; ALVIM, N. A. T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2013.

MELO, E. A. et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

MOLL, M.F. et al. O Conhecimento dos Enfermeiros sobre as Redes de Atenção à Saúde **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 1, 2017

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, 2018.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 21, n. 3, 2016.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o Nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2012.

POCAS, 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, 2017.

RODES, C. H. et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioter. Pesqui.** São Paulo, v. 24, n. 1, 2017.

SCABAR, T.G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M.C.F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, *J Health Sci Inst.*, v.30, n. 4, 2012.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Municípios e Regionalização, 2019. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>> Acesso em: 30 dez. 2019.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, 2011.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2013.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, 2014.

STAKE, R. E. Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam. – Porto Alegre: Penso, 2011.

SOUZA, T.S.; MEDINA, M.G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. **Saúde debate**, v. 42, n. 2, 2018.

SOUSA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, 2012.

TELESI-JÚNIOR, E. Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, 2016.

VARELA, D. S. S; AZEVEDO, D. M. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2014.

YIN, R. K. Pesquisa qualitativa do início ao fim. – Porto Alegre: Penso, 2016.



**APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. Fale-me sobre as Práticas Integrativas e complementares em saúde? Quais você conhece?
2. Comente como foi a implantação das PICs no serviço que você atua?
3. Quanto a Educação Permanente dos profissionais do NASF sobre as PICs, como estas acontecem?
4. Quais as facilidades e/ou dificuldades que você enfrenta para oferecer esse serviço para a população?
5. Quais as estratégias de cuidado ofertado pela equipe NASF-AB?
6. Quais ações relativas às PICs são realizadas no território?
7. Fale-me sobre as ações ligadas as PICs junto aos demais equipamentos públicos no território – creches, escolas etc?
8. Quais terapias dentre as PICs recomendariam para a rede?

## **APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Juliane dos Santos Almeida, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, juntamente com Prof Dr. Ismar Eduardo Martins Filho, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Jequié, estamos realizando a pesquisa intitulada “Percepção dos Profissionais do NASF-AB sobre Práticas Integrativas e Complementares”. Para tanto, convidamos o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa, que surgiu através da necessidade de investigar o potencial das Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICs), e sua inserção nos dispositivos de cuidado, mais especificamente na utilização destas práticas pela equipe do NASF-AB, visto que traz em sua diretriz a referida política, bem como, motivar os profissionais a buscar orientações sobre as PICs, a fim de introduzi-las no escopo de suas ações. O estudo tem como objetivo: compreender a percepção dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares no processo do cuidado em saúde. O campo do estudo será os profissionais integrantes da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e os profissionais das Equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica vinculadas ao serviço, cuja coleta de dados será realizada por meio de entrevista individual previamente agendada. Para a coleta de dados, será aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos pesquisadores do estudo, compostos de questões referentes as estratégias de cuidado ofertado pelo NASF-AB e Práticas Integrativas e Complementares, que contemplem os propósitos objetivados pelo estudo. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita para uma melhor fidedignidade das falas dos participantes. O roteiro semiestruturado é composto de perguntas abertas (possibilitando o participante a expor suas opiniões) e fechadas (oferecendo opções de resposta) e será aplicado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB. No que diz respeito aos riscos, pode surgir um desconforto ao responder o questionário, o que será minimizado pela garantia de total privacidade, ficando assegurado que as respostas serão confidenciais e que o mesmo não será identificado pelo nome, preservando o anonimato dos participantes da pesquisa. Como benefícios podemos destacar que esse estudo tem grande relevância no que tange a implantação e fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares como modelo alternativo de cuidado ofertado pelo NASF-AB respectivamente nos município de Apuarema e Ibirataia. Através disso, tanto a comunidade quanto os profissionais podem beneficiar-se com esse processo. Dessa forma, será preservado o sigilo e a participação voluntária, e o participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo e/ou penalidades. Se qualquer relatório ou publicações resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Garantimos estar disponíveis para atender quaisquer dúvidas e/ou solicitação para esclarecimento adicional que seja solicitado durante o decorrer da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do (a) Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Jequié-BA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:**

**Pesquisadora responsável:** Juliane dos Santos Almeida

**Endereço:** Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190.

**E-mail:** almeida-ju@hotmail.com Celular: (73) 999948277

**Pesquisador:** Ismar Eduardo Martins Filho.

**Endereço:** Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190.

Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES)

**E-mail:** iemfilho@uesb.edu.br Celular: (73) 99117 2511

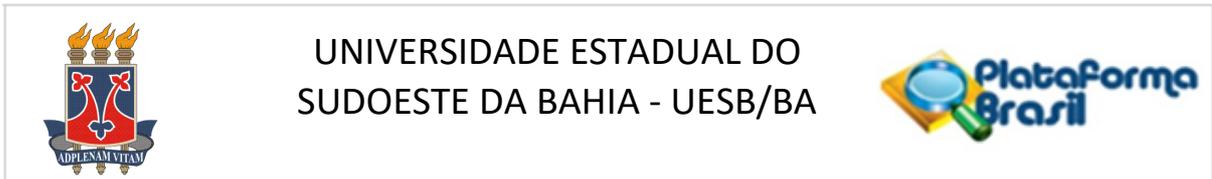
**CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Endereço: Rua José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190.

FONE: (73) 3528-9727 / E-mail: cepuesb.jq@gmail.com



## ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB SOBRE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

**Pesquisador:** JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 97185218.3.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.978.060

#### Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, através da Portaria MS/GM no 971, cujas diretrizes apontam para a inserção de ações, serviços e produtos da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, assim como para os observatórios de saúde de Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica.

Visto que o NASF-AB articula-se a diversas políticas nacionais, como as ICs, e que a PNPIC encontra-se em fase de implementação e têm suscitado reflexões sobre as dificuldades encontradas quanto ao conhecimento e aceitação dessas práticas no SUS, gerando dúvidas e desconforto por parte dos profissionais de saúde.

Os autores apontam para a necessidade de realizar este estudo na perspectiva de discutir sobre a utilização dessas práticas no processo de cuidado, na percepção dos profissionais de saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Compreender a percepção dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sobre a utilização das Práticas Integrativas e Complementares no processo do cuidado em saúde.

Objetivos Específicos:

- Identificar as estratégias de cuidado ofertado pela equipe NASF-AB, especificamente as PICs;

- Verificar junto as unidades que recebem apoio do NASF-AB, a percepção sobre as estratégias de cuidado ofertado pela equipe, especificamente as PICs.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os autores apresentam de forma adequada quais são os riscos e benefícios da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é atual e relevante para a comunidade científica.

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

Os autores apresentaram todos os termos recomendados pela Resolução 466/2012.

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

O projeto de pesquisa não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião de 23/10/2018, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1192826.pdf	23/08/2018 16:55:03		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar_pesquisa_n_iniciada.pdf	05/08/2018 20:30:47	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar_participante.pdf	05/08/2018 20:26:55	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declar_instit_infraestrutura.pdf	05/08/2018 20:25:51	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar_do_orientador.pdf	05/08/2018 20:24:12	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declar_comprometimento.pdf	05/08/2018 20:20:40	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/08/2018 19:34:06	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/08/2018 19:32:55	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito

Outros	Encaminhamento.pdf	05/08/2018 19:32:21	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/08/2018 16:11:23	JULIANE DOS SANTOS ALMEIDA	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

JEQUIE, 23 de outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Ana Angélica Leal Barbosa**  
**(Coordenador(a))**

**ANEXO B: CARTA DE EMENDA AO CEP/UESB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE  
NÍVEL: MESTRADO ACADÊMICA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

**CARTA DE EMENDA AO CEP - UESB**

**Ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP UESB**

**Tipo de alteração:** (Emenda)

**Projeto de Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF-AB SOBRE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

**Responsável pelo projeto:** Juliane dos Santos Almeida

**Assistente/Orientador:** Ismar Eduardo Martins Filho

**Processo CEP:** 2.978.060

**CAAE:** 97185218.3.0000.0055

Venho por meio deste apresentar esta Carta de Emenda para as mudanças dos itens relacionados aos objetivos específicos desta pesquisa, tendo em vista que para responder a questão norteadora do projeto supracitado se faz necessário: Identificar o conhecimento dos Profissionais no NASF-AB sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e o processo de Educação permanente da equipe; Verificar quais Práticas Integrativas e Complementares ofertadas pela equipe NASF-AB; e Descrever as Estratégias de cuidado ofertadas pela equipe NASF-AB a Rede de Atenção à Saúde. Do mesmo modo, se faz imprescindível à inclusão de outro cenário da pesquisa, nesse caso a equipe do NASF-AB do Município Ibirataia, disposto a colaborar com a pesquisa, visto que os dados coletados inicialmente foram insuficientes para a produção do trabalho, consoante a não colaboração da equipe de Atenção Básica enquanto participantes da pesquisa no projeto original.

Jequié/BA, 15 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,

---

Juliane dos Santos Almeida