10.36367/ntqr.8.2021.245-253
Artigos Originais

Compreensões e incompreensões sobre a oferta e ausência das Práticas Integrativas e Complementares por parte dos gestores na Atenção Primária à Saúde

Understandings and Misunderstandings about the Offer and Absence of Complementary Therapies by Managers in Primary Health Care

Pedro Henrique Brito da Silva [1] https://orcid.org/0000-0003-3552-0439

Leylaine Christina Nunes de Barros [2] https://orcid.org/0000-0003-1599-7571

Janaína da Câmara Zambelli [3] https://orcid.org/ 0000-0001-6269-7382

Nelson Filice de Barros [4] https://orcid.org/0000-0002-0683-2620

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira [5] http://orcid.org/0000-0002-2389-0056

[1,2,3 5]Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Brasil

[4] Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Resumo:

Introdução: Nenhum estudo qualitativo foi conduzido junto aos gestores de serviços de Atenção Primária à Saúde visando entender se a presença ou a ausência de Práticas Integrativas e Complementares nas unidades básicas de saúde contribuem para o conhecimento sobre elas; Objetivo: compreender as percepções dos gestores de saúde sobre as PIC, com ou sem a sua oferta, na Atenção Primária à Saúde; Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa, com 45 coordenadores de Unidades Básicas de Saúde, mediante utilização de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e analisadas com a técnicas de análise de conteúdo temática; Resultados: Emergiram duas categorias temáticas: o desconhecimento dos gestores sobre as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde; e concepções de cuidado por parte dos gestores dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Em conjunto, os resultados evidenciam mesmo com a oferta, existe uma falta de conhecimento tanto dos gestores dessas Unidades de Saúde quanto daqueles que gerem serviços com ausência de Práticas Integrativas e Complementares. Do mesmo modo, as concepções de cuidado também são semelhantes. Esperava-se encontrar definições predominantemente holísticas entres os gestores ofertantes de terapias complementares. Porém, nota-se ainda um forte predomínio do cuidado cartesiano; Conclusões: O contexto biomédico, fragmentado e hopistalocêntrico guiam a assistência na Atenção Primária à Saúde. Portanto, a oferta das Práticas Integrativas e Complementares sozinha não consegue fazer uma “revolução espistemológica e assistencial”. É necessário medidas de educação permanente e abrir espaços de reflexão

de pluralidade terapêutica para ampliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Gestor de Saúde.

Abstract:

Introduction: No qualitative study was conducted with managers of Primary Health Care services to understand whether the presence or absence of Integrative and Complementary Practices in basic health units contributes to knowledge about them; Goals: to understand the perceptions of health managers about the PIC, with or without its offer, in Primary Health Care; Methods: This is a descriptive, exploratory and qualitative study, with 45 coordinators from Basic Health Units, using semi-structured interviews that were recorded, transcribed and analysed using thematic content analysis techniques; Results: Two thematic categories emerged: the managers' lack of knowledge about the Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care; and conceptions of care on the part of the managers of the Primary Health Care services. Together, the results show even with the offer, there is a lack of knowledge both managers of these Health Units and of those who manage services with the absence of Integrative Practices and Complementary. Likewise, the conceptions of care are also similar. It was expected to find predominantly holistic definitions among the managers offering complementary therapies. However, there is still a strong predominance of Cartesian care; Conclusions: The biomedical, fragmented and hopistalocentric context guides assistance in Primary Health Care. Therefore, the offer of Integrative and Complementary Practices alone fails in making a “epistemological and assistance revolution”. There is a need for permanent education measures and to open spaces for reflection on therapeutic plurality to expand the offer of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care.

Keywords: Complementary Therapies; Primary Health Care; Health Manager.

Submissão: 18/03/2021

Aceitação: 28/04/2021

1 Introdução

No último quadriênio, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006 (Brasil, 2006), passou por duas importantes atualizações em 2017 e 2018 (Brasil, 2017, 2018), as quais incluiu outras 24 práticas terapêuticas e racionalidades médicas no rol dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas regulamentações das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), indubitavelmente, são importantes marcos para a sua oferta no âmbito do sistema público de saúde brasileiro.

Existe uma concordância que a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se um lócus imprescindível para o desenvolvimento das PIC. Isso se deve: ao seu potencial de autocura, em situações iniciais menos complexas e graves, comuns à APS; maior participação social nas ações de cuidado em saúde; a fuga à iatrogenia; e a capacidade interpretativa dos sofrimentos difusos e mal enquadráveis pela nosologia biomédica (Tesser et al., 2018).

Porém, estudos têm revelado um baixo conhecimento dos gestores das unidades básicas de saúde (UBS) com relação a PNPIC, assim como a falta de reconhecimento da oferta das PIC (Barros et al., 2020; Galhardi et al., 2013; Plácido et al., 2019; Silva & Feitosa, 2018). Com esse desapoio, os gestores dos serviços de APS no SUS favorecem a desinstitucionalização, fragilidade e instabilidade das PIC nesses serviços (Barros et al., 2020). Mesmo assim, uma revisão sistemática (Silva & Feitosa, 2018) recomendou novos estudos sejam realizados visando um maior perfil de cobertura acerca do grau de (des)conhecimento das PIC e PNPIC entre gestores, profissionais e usuários, uma vez que elas podem representar mais um arsenal estratégico no tocante à implantação e à implementação de formas de cuidado para além do modelo biomédico atual.

Considerando a premissa de que as PIC e a PNPIC são desconhecidas para a maioria dos gestores de saúde que integram o SUS, nenhuma pesquisa qualitativa ainda foi realizada para saber se a oferta da PIC na UBS influencia o conhecimento do gestor em relação aos que gerem serviços que não implementam PIC. Então, parte daqui uma inquietação: a presença ou a ausência da oferta das PIC na UBS influencia para o seu conhecimento por parte dos gestores? Pressupõe-se que os gestores das UBS com existência das PIC possuem maior conhecimento sobre elas em comparação com aqueles que não ofertam PIC. Logo, o objetivo desse estudo foi compreender as percepções dos gestores de saúde sobre as PIC, com ou sem a sua oferta, na APS da Região Metropolitana de Goiânia.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Representa um recorte de duas pesquisas integrantes do macroprojeto "Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária à Saúde – Região Metropolitana de Goiânia". A primeira, contemplou os sentidos de gestores atribuídos as PIC ofertadas em suas UBS. O segundo estudo tinha o mesmo objetivo, porém foi conduzido em UBS com inexistência de implementação de PIC. A partir das análises dos conteúdos das entrevistas desse universo de gestores que ofertam ou não PIC, surgiram novas questões de pesquisa capazes de ser respondidas pela pesquisa qualitativa.

Nesse tocante, essa abordagem tem por finalidade a busca pela intensidade do fenômeno, suas singularidades e significados, estando atenta à dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (Minayo, 2014). Ademais, revela *insights* críticos que ajudam a lidar com as deficiências, como por exemplo, do sistema de saúde (Taquette & Minayo, 2016).

O diagrama (figura 1) explicita como os participantes foram selecionados. Foram feitas entrevistas direcionadas por um roteiro previamente elaborado que possibilitou realizar questionamentos básicos e abordar assuntos pertinentes à investigação, quais sejam:

"O que você entende por Práticas Integrativas e Complementares?
Para você, o que significa cuidado em saúde?"

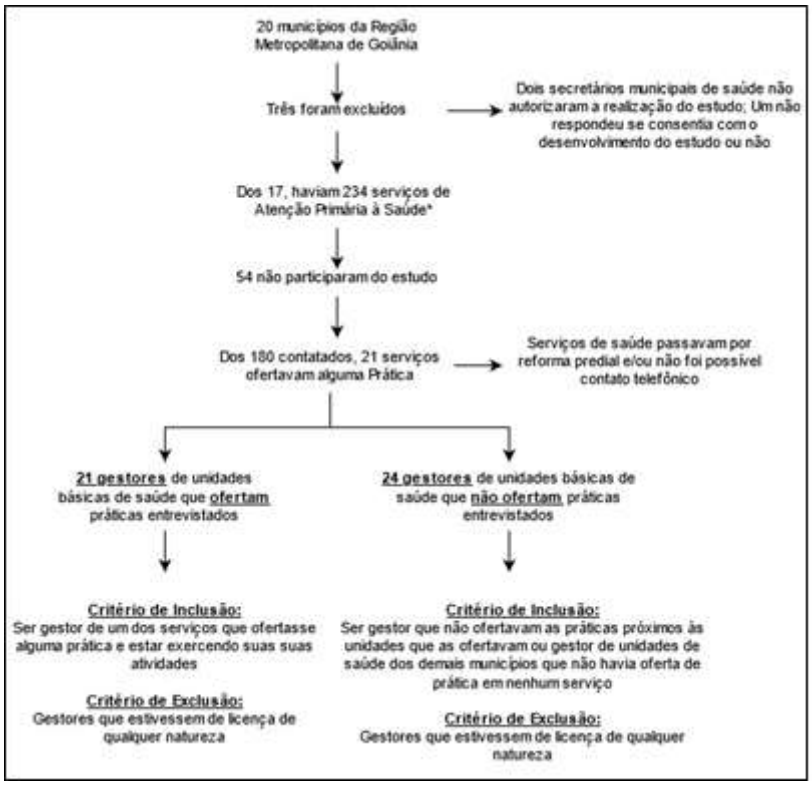

Figura 1: Síntese da trajetória de seleção dos participantes.

As entrevistas semiestruturadas coloca o entrevistado em posição de discorrer sobre um determinado assunto de forma livre. Elas permitem delimitação específica na temática, ou seja, são colocados elementos próprios na construção do enunciado da pergunta, que darão um certo direcionamento ao que se deseja conhecer com maior profundidade. O encadeamento das perguntas das entrevistas de caráter semiestruturado é apoiado pelos pressupostos e teorias que interessam à pesquisa, e simultaneamente fruto de novos pressupostos que surgem ao longo da entrevista (Triviños, 2017). Essa estratégia metodológica foi adotada por ser bem conhecida no processo de trabalho de campo de pesquisas qualitativas (Minayo, 2014) e nos estudos envolvendo as percepções dos gestores no que diz respeito as PIC (Barros et al., 2020; Galhardi et al., 2013; Plácido et al., 2019).

As entrevistas foram marcadas previamente, diretamente com os entrevistados, via contato telefônico. Elas foram gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas na íntegra. A figura 2 ilustra a trajetória de análise de conteúdo temática baseada na proposta por Bardin (2016). A organização e sistematização dos dados foi facilitada com o auxílio do *software* Nvivo para análise de dados qualitativos.

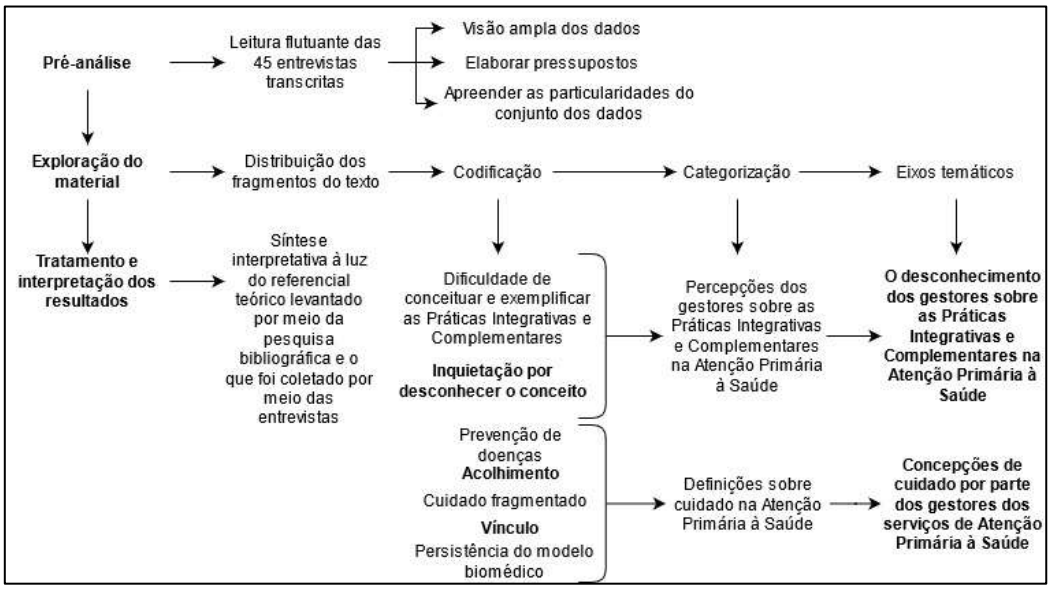

Figura 2: Síntese da trajetória da análise de conteúdo temática.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusa de qualquer profissional para a realização da entrevista e gravação, todos demostrando estar à vontade para responderem às questões. Com a finalidade de preservar o anonimato dos entrevistados, identificaram-se os trechos das narrativas pela letra "G" acrescida do número atribuído a cada um e se o local tem presença ou ausência de PIC. O estudo cumpriu os requisitos das Resoluções nº 466/2012 e nº 513/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, parecer nº 2.057.783.

3 Resultados e Discussão

Do total de 21 gestores/coordenadores de serviços de APS com oferta de PIC: a maior proporção era de enfermeiras (34%). Quanto à faixa etária, prevaleceu a idade média de 39 anos. A maioria era do sexo feminino, casada e se autorreferenciou como parda. O tipo de vínculo foi estatutário, com tempo de atuação na gestão entre 5 e 48 meses. Os gestores fizeram referência à oferta das seguintes modalidades terapêuticas constantes na PNPIC: Auriculoterapia, Arteterapia, Fitoterapia, Homeopatia, Meditação, Reiki, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária.

O perfil dos gestores de UBS com ausência de PIC mostra que a maioria tinha idade entre 41 anos ou mais. Dentre os entrevistados, prevaleceu o sexo feminino, com maioria dos gestores enfermeiros. Quanto à cor, a maioria se autorreferenciou como parda. A respeito do estado civil, observou-se que a maior parte constituía de gestores casados. Em relação à religião, percebeu-se maior número de católicos.

No que se refere à escolaridade, 22 entrevistados tinham ensino superior, sendo que 30% tinham pós-graduação em nível de especialização. Em relação ao tipo de vínculo empregatício, grande parte é estatutária (60%). Além disso, prevalece gestores que estão na direção dos serviços APS entre 1 a 3 anos (62,50%).

3.1 O Desconhecimento dos Gestores sobre as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde

Dos 24 entrevistados, os quais não havia oferta das PIC em suas UBS, a maioria (67%) afirmaram que desconheciam as PIC. As narrativas desses gestores remetem à ideia de que esses termos eram novos e vagos para eles, em suas palavras:

> "G22 – UBS sem oferta) É um pouco vago para mim, porque eu não tenho conhecimento"
>
> "G25 – UBS sem oferta) Não conheço. Nunca ouvi falar"

Do mesmo modo, os gestores com a existência de PIC nas suas UBS relataram a denominação PIC com dificuldade:

> "G1 – UBS com oferta) Nossa! Não sei te responder o que significaria essa prática cooperativa. Eu já fiz fisioterapia, durante um ano. Trouxe uma melhoria muito grande porque eu sentia muita dor na coluna"
>
> "G3 – UBS com oferta) Eu acho que é o tratamento com produtos naturais que as pessoas podem encontrar no cantinho de casa... Alguma coisa assim parecida"

Seis gestores com presença da oferta na UBS citaram pouca ou nenhuma interferência da disponibilização de PIC no exercício laboral. Esse resultado demonstra que, embora o quantitativo de gestores com essa opinião seja ínfimo em relação à totalidade dos relatos, há certa indiferença, expressa nas afirmações de firmeza e objetividade. Notamos, portanto, um relativo distanciamento, bem como uma postura passiva diante do serviço ofertado por parte de alguns:

> "G9 – UBS com oferta) Não vejo diferença. Sei que assim, tem todos os benefícios e tudo. Mas, eu não consigo ver diferença, pensando em todas as atividades que são oferecidas e até o fato da população, às vezes, nem conhecer os serviços, nem conhecer, de fato, essas práticas integrativas"

É importante ressaltar que, esse desconhecimento corrobora os achados de Plácido et al. (2019) que constatou a falta de conhecimento dos gestores de UBS sobre as PIC, assinalando isso como uma forte fragilidade para o crescimento destas práticas no contexto da APS.

Além disso, destaca-se a existência de uma lacuna e até mesmo de uma insegurança por parte dos gestores do que sejam as PIC, uma vez que mencionaram práticas de caráter biomédico, não inclusas na PNPIC (caminhada, fisioterapia, alongamento). Aspecto esse que corrobora com Sousa et al. (2012), que apontou imprecisão conceitual (confundindo e mascarando a realidade), além de fragilidade na institucionalização, avaliação e monitoramento dessas práticas.

Machado et al. (2012), em estudo sobre as percepções de coordenadores de unidades de saúde acerca da fitoterapia e de outras práticas integrativas e complementares, assinalaram a importância desses agentes em operar mudanças nos espaços de

produção, sem se tornarem indiferentes, dada a necessidade do reconhecimento dessas práticas no processo de cuidado.

A falta de conhecimento por parte dos gestores e dos profissionais de saúde sobre PIC e a PNPIC, de acordo com Müller (2016), produz a invisibilidade dessas práticas, levando a concepções errôneas, como também a sua desvalorização. Ainda, de acordo com a autora, essa invisibilidade é resultado da falta de divulgação das PIC ofertadas na rede de serviços e suas formas de encaminhamento, assim como à falta de visibilidade que essas práticas têm na comunidade para os que queiram acessá-las.

O desconhecimento faz o indivíduo sofrer na pele a responsabilidade de ter que decidir, se a partir da constatação de que ele desconhece algo de sua atuação que deveria saber, abre novos caminhos a escolher.

Diante desse cenário, ele pode tomar as mais variadas formas, tais como: acomodar-se com a situação descoberta e não fazer nada para conhecer, aceitar que desconhece e inteirar-se e combater a inquietação, desvendando o desconhecido. Contudo, ao tomar uma posição, precisa afirmar-se nessa tarefa, embora esta atitude cause muitas inquietações (Sartre, 1997).

Segundo Tesser, Sousa e Nascimento, esse desconhecimento seja pelo fato de grande parte da oferta de PIC no SUS ser empreendida por profissionais individualmente nos seus serviços. Portanto, sem apoio ou conhecimento da gestão, resultando na não institucionalização da oferta. Os dados ministeriais têm revelado um crescimento da oferta das PIC na APS (Sousa et al., 2012). Contudo, esse aumento "parece estar associado mais à possibilidade recente de seu registro e à forma de divulgação do que a um movimento consistente de sua inserção institucional na APS" (Tesser et al., 2018, p. 14).

Contudo, embora a apresentação de pouca familiaridade dos entrevistados com os termos, os entrevistados também expressaram os mais diversos entendimentos das PIC, desde aqueles relacionados às atividades de grupo, até aqueles referentes à compreensão como parte do processo de cuidado, demonstrado pela busca da confirmação de sua resposta no entrevistador:

> "G12 – UBS com oferta) É grupo de caminhada e grupo de alongamento"
>
> "G27 – UBS sem oferta) Eu imagino que seja as atividades em grupos. É isso mesmo?"

Essas percepções atribuídas pelos gestores podem ser compreendidas a partir da lógica do pensamento reflexivo, aqui adotada, como "um processo autorregulador do pensamento, que se constitui quando um indivíduo toma suas próprias concepções sobre conhecimento como objeto de pensamento" (Leitão, 2007, p. 1). Com isso, alguns gestores - ainda que de forma empírica – estão tentando construir o conceito de PIC por meio das suas experiências cotidianas.

Assim, Farfán (2013) indica que para produzir um pensamento reflexivo, é necessário estar em um constante processo de discernimento e compreender a situação problemática para identificar a maneira de como conduzir as ações, passando por um

processo de transição, do pensar puramente empírico para o pensar com planejamento e investigação.

Sobre em que lugar político e institucional se encontram as PIC, Rodrigues and Peixoto Júnior (2014) aponta que as práticas da PNPIC ainda estão longe de uma universalização, uma vez que ela foi aprovada sem ter como operar, diante da ausência de recurso indutor ou de apoio institucional. Nesse sentido, o baixo conhecimento de profissionais e gestores do SUS quanto às PIC e a PNPIC constituem uma fragilidade da política, dado que a sua implantação fica na dependência quase que exclusiva destes atores (Sousa & Tesser, 2017).

De modo geral, nota-se um desconhecimento tanto de gestores com a presença quanto de gerentes com a ausência da oferta sobre as PIC, contrariando o pressuposto apontado inicialmente. Vale ressaltar que a inclusão de novas práticas à PNPIC aconteceu justamente no período da pesquisa, ainda assim encontra-se gestores sem conhecer recursos terapêuticos potenciais ao cuidado primário à saúde. Apreende-se, portanto, mesmo com a implementação, ainda deixa dúvidas a respeito das PIC. Nesse tocante, acredita-se que as PIC ainda se encontram na marginalização social, fruto da falta de oportunidade da aquisição de educação permanente, sendo indispensável para inserção nos serviços de APS, demandando que o indivíduo tenha um nível educacional para usufruir das possibilidades que ela oferece.

3.2 Concepções de Cuidado por Parte dos Gestores dos Serviços de Atenção Primária à Saúde

Nesta seção, são apresentadas concepções sobre o cuidado primário à saúde dos entrevistados. O propósito é apreciar este aspecto da concepção e identificar a maneira como a presença ou a ausência das PIC influência no direcionamento das ações e práticas nos serviços de saúde.

Os participantes relacionaram o cuidado primário à saúde como símbolos do cuidar e do enxergar o usuário de forma integral. Outros sentidos evocados foram as ideias de estabelecimento de vínculo com o usuário e a socialização (clássicos da APS):

> "G4 – UBS com oferta) A gente pega vínculo. Então, por exemplo, na hora que eles estão fazendo as ações, a gente chega e a gente, enquanto integrante da unidade, a gente também participa das ações com eles"

> "G34 – UBS sem oferta) A maneira como se trata os pacientes. Os métodos que são utilizados. Desde o acolhimento até os mais complexos"

Neto and Sampaio (2007), acreditam que esse resultado talvez se deva ao fato de que os gestores tenham uma grande apropriação dos saberes e práticas nos campos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, especialmente na APS. De acordo com as compreensões de Breda et al. (2005), o profissional de saúde ao conceber o papel de cuidador no paradigma sanitário atual, permite-se o encontro de subjetividades, sendo alvo de investimentos e transformação do cuidado. Nesse sentido, percebe-se que o significado atribuído ao cuidado primário à saúde compreende essa responsabilização do profissional enquanto cuidador na APS.

Contudo, os relatos demonstram que ainda persiste a reprodução de ações e práticas centradas no modelo biomédico, embora os gestores reconheçam suas limitações. São fatores como esses que dificultam a implementação e expansão de novos modelos de cuidado, como as PIC. Tesser and Souza (2012) enfatizam a tradição dos serviços (decorrente de dificuldades no financiamento) ainda tende ao tecnicismo dos processos de trabalho refletidos na assistência direta, na maioria das vezes caracterizada pelo predomínio de consultas e exames, tal como expresso nas narrativas abaixo:

> "G8 – UBS com oferta) A UBS perdeu esse foco de grupo, virou prática de ambulatório (consulta, receita)"
>
> "G29 – UBS sem oferta) A gente tenta sim, mas ainda é algo distante. Ainda existe a forte cultura do atendimento"

Em consonância com esta exposição, Nascimento and Oliveira (2016) reafirmaram que as ações de saúde priorizadas são tecno-assistenciais, direcionadas para investigar doenças predominantemente. Nesse sentido, adota-se a prescrição de medicamentos como principal recurso terapêutico, o que fortalece uma assistência que reverencia um modelo de consumo. São priorizadas, portanto, ações pouco sensíveis ao significativo impacto dos determinantes sociais, culturais e simbólicos no processo saúde-doença, de modo que o lucro está subentendido na lógica da indústria da saúde.

Assim sendo, essa discussão denota contradições e reafirma não somente o prisma mecanicista, mas também a essencialidade de se preparar gestores para assumirem uma posição de liderança, influenciando consideravelmente a forma de operacionalizar o serviço em favor de outros modelos assistenciais.

As concepções de cuidado convergentes encontradas entre os gestores que ofertam ou não PIC em suas UBS pode ser uma evidência delicada. A inclusão dessas práticas foi pensada para ampliar o espectro terapêutico na APS, trazendo e reforçando os princípios doutrinários do SUS: equidade, universalidade e participação comunitária. No entanto, só a oferta em si, parece ser uma mola propulsora ainda embrionária. Com ou sem oferta, os gestores se sentem enraizados numa cultura que esquarteja o usuário em pedaços que se sobrepõe em quaisquer possibilidades de executar práticas assistenciais com foco no todo, inclusivo e democrático.

Esperava-se identificar entre os gestores ofertantes de PIC concepções de cuidados essencialmente holísticas. Entretanto, o contexto produtivista, hospitalocêntrico e biomédico parece esmorecer a essência das PIC. Provavelmente, o ambiente pouco propício ao "diferente" explique as narrativas similares de gestores ofertantes e não ofertantes de PIC.

Considera-se como limitação do estudo o período de coleta de dados, uma vez que as PIC na Região Metropolitana de Goiânia estão em fase de implantação e implementação.

4 Considerações Finais

Um dos valores da pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva envolve a relevância para a compreensão da organização dos serviços de saúde. A partir dos resultados produzidos pela investigação qualitativa pode-se compreender e analisar as respostas no contexto laboral, dos

significados e explicações atribuído por gestores, com ou sem o uso de PIC na APS, ao fenômeno estudado.

Conclui-se que, mesmo com a oferta ocorendo na UBS, os gerentes possuem o mesmo desconhecimento daqueles que não implementam PIC no serviço de saúde. Essa incompreensão traz algumas implicações como: a priorização da mesma lógica de oferta de serviços, baseadas no persistente modelo tecnocrático, arraigados nas concepções da medicina alopática, continua-se a reproduzir e direcionar as ações de saúde na APS.

Com efeito, apesar do reconhecimento quanto à potencialidade das PIC, os resultados obtidos evidenciam uma lacuna no conhecimento referente à denominação e exemplificação, o que expressa a legitimação e a forte influência do modelo biomédico no cotidiano dos serviços de APS. Em termos gerais, o desconhecimento a respeito de outros saberes e cuidados na perspectiva de uma assistência integral ao indivíduo implica baixa e descontínua oferta das práticas.

Há, sim, uma emergência irrecusável do pensar a saúde em sua amplitude, tendo em vista um modelo de saúde pautado na especialização e fragmentação. Para tanto, a sensibilização e capacitação são assinaladas como de notória relevância para uma eficaz disseminação desse conhecimento.

5 Referências

Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Barros, N. F., Francisco, P. M. S. B., & Sousa, L. A. (2020). Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 36(6), e00062320.

Barros, L. C. N., Oliveira, E. S. F., Hallais, J. A. S., Teixeira, R. A. G., & Barros, N. F. (2020). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. Escola Anna Nery, 24(2), e20190081.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 mar. 2020.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Portaria n° 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n°2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional. Diário Oficial da União.

Breda, M. Z., Rosa, W. A. G., Pereira, M. A. O., & Scatena, M. C. M. (2005). Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Revista Latino-americana de Enfermagem, 13(3), 450-452.

Farfán, R. P. (2013). La reflexión y la experiência como momentos esenciales en la construcción de una práctica reflexiva. Revista Nueva Época, 1(1), 187-201.

Galhardi, W. M. P., Barros, N. F., & Leite-Mor, A. C. M. B. (2013). O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1), 213-220.

Leitão, S. (2007). Argumentação e desenvolvimento do pensamento reflexivo. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20(3), 454-462.

Machado, D. C., Czermainski, S. B. C., & Lopes, E. C. (2012). Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. Saúde Debate, 36(95), 615-623.

Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.

Müller, T. L. (2016). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema único de Saúde do município de Porto Alegre, RS: Desafios Atuais. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Nascimento, M. V. N., & OLIVEIRA, I. F. (2016). As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estudos de Psicologia, 21(3), 272-281.

Neto, F. R. G. X., & Sampaio, J. J. C. (2007). Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(6), 687-695.

Plácido, A. L., Morais, K. C. S., Silva, C. P., & Tavares, F. M. (2019). Percepção dos gestores das unidades básicas de saúde sobre as práticas integrativas e complementares. Id OnLine Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 13(43), 865-872.

Rodrigues, J. M., & Peixoto Júnior, C. A. (2014). Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 24, 291-310.

Sartre, J. P. (1997). O ser e o nada: ensaio de fenomenologia ontológica. RJ: Vozes.

Silva, A. S. P., & Feitosa, S. T. (2018). Revisão sistemática evidencia baixo nível de conhecimento acerca da política nacional de práticas integrativas e complementares por parte de gestores e profissionais da saúde. VITTALLE - Revista De Ciências Da Saúde, 30(1), 105–114.

Sousa, I. M. C., Bodstein, R. C. A., Tesser, C. D., Santos, F. A. S., & Hortale, V. A. (2012). Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cadernos de Saúde Pública, 28(11), 2143-2154.

Sousa, I. M. C., Tesser, C. D. (2017). Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cadernos de Saúde Pública, 33, e00150215.

Tesser, C. D., Sousa, I. M. C. (2012). Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. Saúde e Sociedade, 21(2), 336-350.

Tesser, C. D., Sousa, I. M. C., & Nascimento, M. C. (2018). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 42(especial 1), 174-188.

Taquette, S. R., & Minayo, M. C. (2016). Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 26, 417-434.

Triviños, A. N. S. (2017). Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.