



(In) compreensões de gestores sobre as práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde

Pedro Henrique Brito da Silva 

Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO) - Brasil

Leylaine Christina Nunes de Barros 

Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO) - Brasil

Janaína da Câmara Zambelli 

Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO) - Brasil

Nelson Filice de Barros 

Universidade Estadual de Campinas - Campinas (SP) - Brasil

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira 

Universidade Federal de Goiás - Goiânia (GO) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Compreender as percepções dos gestores de saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares, com a presença ou a ausência da sua oferta, na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, com 45 coordenadores de unidades básicas de saúde da Região Metropolitana de Goiânia, mediante utilização de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática. **Resultados:** Em conjunto, os resultados evidenciam que, mesmo com a oferta, existe 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 convergentes. Esperava-se encontrar definições essencialmente holísticas entre os gestores ofertantes de Práticas Integrativas e Complementares. Porém, nota-se ainda um forte predomínio do modelo biomédico nas ações de cuidado tanto nas unidades básicas de saúde com a presença quanto naquelas com ausência de Práticas Integrativas e Complementares. **Conclusão:** O contexto de assistência primária à saúde fragmentado e hospitalocêntrico guia a Atenção Primária à Saúde. Portanto, somente a oferta das Práticas Integrativas e Complementares não consegue fazer uma “revolução epistemológica e assistencial”. Esses resultados implicam para a abertura de espaços de reflexão de pluralidade terapêutica e processos de capacitação voltados para os gestores para o conhecimento e ampliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Terapias Complementares; Gestão da Saúde da População; Atenção Primária à Saúde; Gestor de Saúde.

INTRODUÇÃO

No último quadriênio, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006⁽¹⁾, passou por duas importantes atualizações em 2017⁽²⁾ e 2018⁽³⁾, as quais incluíram 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 de 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⁽⁴⁾.



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Este artigo foi selecionado, corrigido e aprovado pelo 10º Ciaiq - Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, seguindo suas normas e formatação.

Porém, existem barreiras para a inclusão das PIC nos sistemas de saúde dos Estados Unidos⁽⁵⁾, do Canadá⁽⁶⁾, do Reino Unido⁽⁷⁾ e da Nova Zelândia^(8,9). No Brasil, 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⁽¹⁰⁻¹³⁾, sendo impeditivos para a implantação das PIC no SUS. Com esse desapoio, os gestores dos serviços de APS no SUS favorecem a desinstitucionalização, fragilidade e instabilidade das PIC nesses serviços⁽¹⁴⁾. Ainda assim, uma revisão sistemática⁽¹³⁾ recomendou que novas pesquisas sejam realizadas 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, ainda não foram realizadas pesquisas qualitativas para saber se a sua oferta 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 (des)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 Práticas Integrativas e Complementares, com a presença ou a ausência da sua oferta, na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Representa um recorte de duas dissertações 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. O manuscrito configura-se também como a versão estendida do texto publicado nas Atas do Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa (CIAIQ 2021)⁽¹⁵⁾.

Os participantes foram selecionados da seguinte forma: Primeiramente, identificaram-se no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde⁽¹⁶⁾ 274 serviços de APS pertencentes aos 20 municípios da Região Metropolitana de Goiânia, compreendendo postos e centros da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e Academias da Saúde. No entanto, não se obteve a anuência de três municípios para a execução do estudo. Então, nos 17 municípios participantes da pesquisa foram identificados 234 serviços de APS, cujos gerentes auxiliaram a identificar quais eram as UBS ofertantes de PIC. O levantamento apontou, no segundo semestre de 2017, 21 serviços ofereciam alguma PIC. Essas UBS estavam localizadas em cinco cidades na Região Metropolitana de Goiânia.

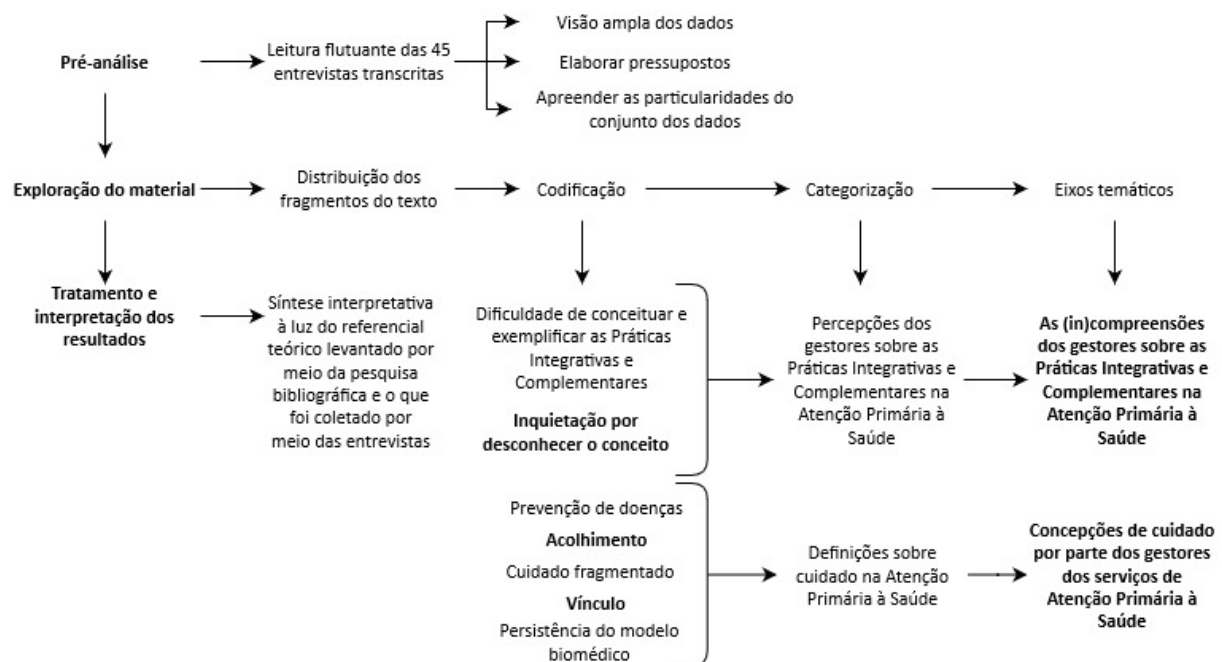
Posto isto, adotaram-se os seguintes critérios de elegibilidade para a UBS com oferta: ser gestor de um dos serviços de APS que oferecesse PIC e estar em pleno exercício de suas atividades, independente do tempo na gestão. Estariam excluídos os gestores que não estivessem no local de estudo no período de coleta de dados. Assim, os 21 gestores participaram e satisfaziam os critérios de seleção. O período da coleta de dados com os gestores ofertantes de PIC foi entre agosto e dezembro de 2017.

No que diz respeito a seleção dos gestores com ausência da oferta, elegeram-se os gestores de UBS situadas próximas daquelas UBS com presença de PIC. O critério de seleção também incluiu gestores com mais de seis meses de atuação na unidade pesquisada, por avaliar que esse seria o tempo necessário para conhecer o território adscrito e as principais necessidades de saúde da população. O critério de exclusão foi gestores que estivessem de licença de qualquer natureza. Assim, a pesquisa contou com a participação de 24 gestores de UBS das mesmas cinco cidades da Região Metropolitana de Goiânia. A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2018.

Foram realizadas 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?” As entrevistas semiestruturadas colocam 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⁽¹⁷⁾. Essa estratégia metodológica foi adotada por ser bem conhecida no processo de trabalho de campo de pesquisas qualitativas⁽¹⁸⁾ e nos estudos envolvendo as percepções dos gestores no que diz respeito às PIC^(10-12,15).

As entrevistas, agendadas previamente diretamente com os entrevistados, via contato telefônico, foram gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas na íntegra. A figura 1 ilustra a trajetória de análise de conteúdo temática baseada na proposta por Bardin⁽¹⁹⁾. A organização e a sistematização dos dados foram facilitadas com o auxílio do *software* NVivo para análise de dados qualitativos.



Fonte: própria pesquisa (2021).

Figura 1 - 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 demonstrando 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 sob Parecer nº 2.057.783.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes

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 e 3 anos (62,50%).

As (in)compreensões 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 as desconheciam. As narrativas remetem à ideia de que esses termos eram novos e vagos para eles. Em suas palavras:

“É um pouco vago para mim, porque eu não tenho conhecimento”. (G22 – UBS sem oferta)

“Não conheço. Nunca ouvi falar”. (G25 – UBS sem oferta)

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

“Não sei te responder o que significaria essa prática cooperativa. A dificuldade mesmo é mais do conceito”. (G1 – UBS com oferta)

“É... práticas integrativas e complementares, eu acho que é isso que nós temos aqui com o NASF, que é uma equipe multiprofissional, onde várias especialidades entram para poder atender um paciente como um todo. Seria isso?”. (G4 – UBS com oferta)

Esse desconhecimento concorda com os achados de outros estudos^(5,12,20) 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 outros estudos^(21,22) que apontaram imprecisão conceitual (confundindo e mascarando a realidade), acarretando a vulnerabilidade da institucionalização, avaliação e monitoramento das PIC na APS.

Do mesmo modo, essas narrativas traduzem a tentativa de aceitação de paradigmas subjugados por grupos dominantes, a qual requer uma forma de ‘relativismo cultural’ antropológico. Uma avaria no entendimento pode ser devido a uma forma de ‘conflito cultural’: onde os aspectos de um paradigma (por exemplo reducionismo) desabilitar conceitos aparentemente estranhos de ser valorizado e/ou compreendidos. A valorização da epistemologia biocientífica sobre outras epistemologias estão no cerne dos problemas que pode ocorrer nas configurações das PIC. É importante enfatizar que a hegemonia da biomedicina não ocorre apenas no nível da filosofia construção do conhecimento (ou seja, interferir na tentativa de fundir paradigmas de saúde). Ocorre diariamente no curso da interação entre os praticantes de diversas origens e seus pacientes no contexto institucional mais amplo⁽⁶⁾.

Concordando com os achados do Canadá⁽⁶⁾, de uma perspectiva anticolonial, ou seja, aquela que começa a partir do ponto de vista de povos marginalizados, perspectivas ou conhecimentos, com o objetivo principal de proporcionar diferentes e, muitas vezes, pontos de vista invisíveis amplamente perspectivas aceitas, normalizadas e dominantes e conhecimentos, revela o choque de cultura no nível da assistência dos cuidados primários, diários e práticos levou à maioria dos entrevistados a não compreender totalmente a terminologia acerca das PIC. Isso não quer dizer que certos gestores não são sensíveis ou intolerantes a elas. No entanto, a maioria indicaram que eles não compreender completamente do que se trata mesmo tendo PIC implementada em sua UBS.

Nessa sequência, existe um claro processo colonial de desvalorização do conhecimento local, em que os conhecimentos não europeus (por exemplo, não biomédicos) historicamente têm sido desconsiderados na busca de uma única verdade científica e epistemológica nos cuidados em saúde. Não saber conceituar algo sendo realizado no seu espaço de trabalho gerenciado pelos entrevistados, traduzem a negação da sua cultura, substituindo-a pela supremacia biomédica e eurocêntrica⁽⁶⁾.

Seis gestores com presença da oferta na UBS citaram pouca ou nenhuma interferência da disponibilização de PIC no exercício laboral. Esse resultado demonstra que há certa indiferença, um relativo distanciamento e uma postura passiva diante do serviço ofertado por parte de alguns entrevistados:

“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”. (G9 – UBS com oferta)

Essa mesma desconfiança foi mencionada por parte dos médicos generalistas em relação a Acupuntura na Nova Zelândia^(8,9). Eles trazem a questão da medicina baseada em evidência para desconsiderar a execução das PIC naquele país. A medicina baseada em evidências é considerada o paradigma central do modelo biomédico, e é

comumente citado como uma das principais barreiras para inclusão de PIC na biomedicina. Na verdade, a exposição e a confiança na evidência aparece no início da graduação médica. No entanto, a falta de evidências científicas é um argumento “hipócrita” e é usado como uma explicação conveniente para rejeitar uma racionalidade médica⁽²³⁾. Colaborando também com o resultado de outro estudo⁽¹⁸⁾, se percebe a existência de uma visão preconceituosa quanto às PIC, além das incompreensões da sua importância para o processo saúde-doença-cuidado, podendo ser um dos motivos para o desinteresse dos gestores em implementá-las em suas UBS.

No Reino Unido⁽⁷⁾, o desconhecimento e a incompreensão dos profissionais que exercem somente a biomedicina em relação às PIC foram considerados barreiras a sua integração a APS. A falta de tempo, recursos e as pressões para o cumprimento de tarefas essenciais do trabalho no sistema de saúde inglês também foram apontadas pelos profissionais biomédicos como questões importantes, fazendo com que sentissem a integração das PIC estava além de suas capacidades. Enfatizam que as PIC teriam que atenuar sua sobrecarga de trabalho, em vez de aumentá-la. Logo, isso também pode ser uma explicação para a ocorrência de concepções imprecisas na APS da Região Metropolitana goiana.

Não obstante, a falta de conhecimento por parte dos gestores e dos profissionais de saúde sobre PIC e a PNPIC, de acordo com um estudo⁽²⁴⁾, produz a invisibilidade dessas práticas, levando a concepções errôneas, como também a sua desvalorização. 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.

Esse desconhecimento⁽⁴⁾ pode ocorrer pelo fato de grande parte da oferta de PIC no SUS ser empreendida por profissionais individualmente nos seus serviços⁽⁴⁾. Portanto, sem o apoio ou o conhecimento da gestão, resulta na não institucionalização da oferta. Os dados ministeriais têm revelado um crescimento da oferta das PIC na APS⁽²¹⁾. Mas, 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⁽¹⁴⁾.

Contudo, embora a apresentação de pouca familiaridade dos entrevistados com os termos, eles 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:

“É grupo de caminhada e grupo de alongamento”. (G12 – UBS com oferta)

“Eu imagino que sejam as atividades em grupos. É isso mesmo?” (G27 – UBS sem oferta)

Essas percepções atribuídas pelos gestores podem ser compreendidas a partir da lógica do pensamento reflexivo. Assim, 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⁽²⁵⁾. Com isso, gestores estão tentando construir o conceito de PIC por meio das suas experiências cotidianas.

Sobre em que lugar político e institucional se encontram as PIC, um estudo⁽²⁶⁾ 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^(15,26,27). Os gestores revelam:

“A secretaria não tem estrutura financeira. Ainda há muito que ser trabalhado na divulgação para levar ao conhecimento da população”. (G7 – UBS sem oferta)

“Às vezes, a gente quer fazer alguma coisa, mas se a gente não arcar com aquilo, não acontece. Infelizmente, a gente enfrenta essa barreira [...] às vezes, o que falta é isso: o incentivo”. (G14 – UBS com oferta).

A falta de investimento federal para financiar a implantação das PIC também foi apontado por um estudo⁽⁷⁾ realizado com provedores de medicina integrativa e complementar nos estados da região noroeste dos Estados Unidos. A falta de apoio financeiro é, indubitavelmente, uma barreira para a acessibilidade e a ampliação das PIC nos sistemas de saúde no Brasil e no mundo. Portanto, este reconhecimento esmagador das barreiras financeiras para os gestores apoia a necessidade de mudanças sistêmicas da PNPIC para abordar as barreiras financeiras do usuário para acessá-las na APS.

De modo geral, depreende-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⁽¹⁵⁾.

Concepções de cuidado por parte de 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 influencia 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:

“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, também participa das ações com eles”. (G4 – UBS com oferta)

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

Desse modo, reconhecemos que as PIC favorecem uma boa relação entre profissionais e usuários⁽²⁸⁾. A relação médico-paciente é um elemento indispensável no processo de cura. Reitera que a satisfação e a resolução das PIC advêm dessa relação socialmente complexa, onde componentes simbólicos e subjetivos estão presentes⁽²⁹⁾. As PIC preenchem os espaços das relações de empatia entre os indivíduos que foram abandonados pela racionalidade biomédica. Assim, ressignificam e reconstituem valores à Saúde e à vida.

Contudo, os relatos do presente estudo 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. Enfatiza-se a tradição dos serviços (decorrente de dificuldades no financiamento) que ainda tendem ao tecnicismo dos processos de trabalho⁽³⁰⁾ refletidos na assistência direta, na maioria das vezes, caracterizada pelo predomínio de consultas e exames, tal como expresso nas narrativas abaixo:

“A UBS perdeu esse foco de grupo, virou prática de ambulatório (consulta, receita)”. (G8 – UBS com oferta)

“A gente tenta sim, mas ainda é algo distante. Ainda existe a forte cultura do atendimento”. (G29 – UBS sem oferta)

Em consonância com esta exposição, um estudo⁽³¹⁾ reafirma 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.

Na APS permanece ações pautadas na ontologia do cuidado⁽³²⁾, ou seja, as subjetividades dos usuários são colocadas em um segundo plano. Existe um descarte dos elementos subjetivos inerentes ao sofrimento. A medicina científica retira do adoecer o seu conteúdo e a esfera existencial do ser adoecido. As ações de cuidado exercem prescrições sem considerar os modos de ser e viver dos usuários. Independente se há a existência ou não das PIC, os gestores entendem cuidado como aplicação de técnica de um cuidado voltado diretamente ao que foi protocolado como doença, por ser um desvio do considerado “normal” para a sociedade.

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⁽¹⁵⁾.

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⁽¹⁵⁾.

Resumindo, independente se existe ou não a oferta das PIC na UBS, os gestores desconhecem do que realmente elas se tratam e as suas concepções de cuidado se baseiam na biomedicina. Logo, 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.

CONCLUSÃO

(R) existir perante a hegemonia biomédica torna a oferta das PIC na APS ainda mais desafiadora, mesmo com a vigência de uma política nacional que estabelece a sua implementação no SUS. Então, conclui-se que, mesmo com a oferta ocorrendo 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.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não houve conflitos de interesses durante a execução do projeto de pesquisa e na elaboração do manuscrito.

CONTRIBUIÇÕES

Pedro Henrique Brito da Silva, Leylaine Christina Nunes de Barros e Janaína da Câmara Zambelli contribuíram com a aquisição, análise e interpretação de dados; e a redação e revisão do manuscrito. **Nelson Filice de Barros e Ellen Synthia Fernandes de Oliveira** contribuíram com a elaboração e delineamento do estudo; a aquisição, análise e interpretação de dados; e a redação e revisão do manuscrito. Todos aprovaram a versão final enviada para publicação na Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS) e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

Manuscrito baseado nas dissertações intituladas: “Os sentidos das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde para gestores dos serviços”, Universidade Federal de Goiás, 2018, 100 p. “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos gestores sobre os serviços na Região Metropolitana de Goiânia”, Universidade Federal de Goiás, 2020, 158 p.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 11 mar. 2020]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

3. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate*. 2018;42(spe 1):174-88.
5. Schwartz MR, Cole AM, Keppel GA, Price C. Complementary and Integrative Health Knowledge and Practice in Primary Care Settings: A Survey of Primary Care Providers in the Northwestern United States. *Glob Adv Health Med*. 2021;10:1-9.
6. Hollenberg D, Muzzin LJ. Epistemological challenges to integrative medicine: an anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociol Rev*. 2010;19(1):34-56.
7. Sharp D, Lorenc A, Feder G, Little P, Hollinghurst S, Mercer S, et al. Trying to put a square peg into a round hole: a qualitative study of healthcare professionals' views of integrating complementary medicine into primary care for musculoskeletal and mental health comorbidity. *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1):290.
8. Roberts K, Betts D, Dowell T, Nie J-B. Why are we hiding? A qualitative exploration of New Zealand acupuncturists views on interprofessional care. *Complement Ther Med*. 2020;52:102419.
9. Roberts K, Betts D, Nie J-B. Navigating the path: a qualitative exploration of New Zealand general practitioners' views on integration of care with acupuncturists. *Acupunct Med*. 2021;39(4):334-342.
10. Barros LCN, Oliveira ESF, Hallais JAS, Teixeira RAG, Barros NF. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. *Esc Anna Nery*. 2020; 24(2):e20190081.
11. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):213-20.
12. Plácido AL, Moorais KCS, Silva CP, Tavares FM. Percepção dos gestores das unidades básicas de saúde sobre as práticas integrativas e complementares. *Id Online Rev Mult Psic*. 2019; 13(43):865-72.
13. Silva ASP, Feitosa ST. Revisão sistemática evidencia baixo nível de conhecimento acerca da política nacional de práticas integrativas e complementares por parte de gestores e profissionais da saúde. *Vittale*. 2018; 30(1):105-14.
14. Barros NF, Francisco PMSB, Sousa LA. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(6):e00062320.
15. Silva PHB, Barros LCN, Zambelli JC, Barros NF, Oliveira ESF. Compreensões e incompreensões sobre a oferta e ausência das Práticas Integrativas e Complementares por parte dos gestores na Atenção Primária à Saúde. *NTQR [Internet]*. 2021 [acesso em: 2021 8 Jul]; 8:245-53. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/412>
16. Ministério da Saúde (BR). SCNES - Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. 2017 [acesso em: 05 mar. 2018]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=52&VMun=.
17. Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2017.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edição 70; 2016.
20. Matos PC, Laverde CR, Martins PG, Oliveira NF, Pilger C. Práticas Integrativas Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)2:e54781.
21. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2143-54.

22. Beisiegel MR. Gestão e Práticas Integrativas e Complementares: sentidos atribuídos pelas gerentes dos serviços de atenção básica à saúde de Jundiaí/SP [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2020.
23. Almeida J. The differential incorporation of CAM into the medical establishment: the case of acupuncture and homeopathy in Portugal. *Health Sociol Rev.* 2012;21(1):5-22.
24. Muller TL. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre, RS: Desafios Atuais [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
25. Farfán RP. La reflexión y la experiencia como momentos esenciales en la construcción de una práctica reflexiva. *Pensamiento.* 2013;1(1):187-201.
26. Rodrigues JM, Peixoto Júnior CA. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. *Physis.* 2014;24(1):291-310.
27. 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):e00150215.
28. Schweitzer MC, Zoboli ELCP. Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(esp):189-96.
29. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em Saúde no fim do século XX. *Physis.* 2005;15(supl):145-76.
30. Tesser CD, Sousa IMC. (2012). Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde Soc.* 2012;21(2):336-50.
31. Nascimento MVN, Oliveira IF. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. *Estud Psicol (Natal).* 2016;21(3):272-81.
32. Contatore AO, Malfitano APS, Barros NF. Os Cuidados em Saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface.* 2017;21(62):553-63.

Endereço para correspondência:

Pedro Henrique Brito da Silva
Universidade Federal de Goiás
Rua 235, S/N
Bairro: Setor Leste Universitário
CEP: 74605-0500 - Goiânia - GO - Brasil
E-mail: pedrobryto@gmail.com