

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2018 e associações com características das equipes, unidades de saúde e municípios: um estudo longitudinal

Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care in Brazil between 2013 and 2018 and associations with characteristics of teams, health units and municipalities: a longitudinal study

Yasmin Pissolati Mattos Bretz¹ , Janice Simpson de Paula² ,
Camila Gonçalo-Mialhe³ , Fábio Luiz Mialhe¹ 

¹Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Ciências da Saúde e Odontologia Infantil – Piracicaba (SP), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Faculdade de Medicina de Jundiaí, Departamento de Saúde Coletiva – Jundiaí (SP), Brasil.

Como citar: Bretz YPM, Paula JS, Gonçalo-Mialhe C, Mialhe FL. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2018 e associações com características das equipes, unidades de saúde e municípios: um estudo longitudinal. Cad. Saúde Colet., 2026;34(2):e34020051. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202634020051>

Resumo

Introdução: Práticas Integrativas e Complementares ampliam o cuidado em saúde. **Objetivo:** Analisar a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Atenção Primária à Saúde entre 2013 e 2018 e associações com característica das equipes, unidades de saúde e municípios. **Método:** Estudo longitudinal com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Foram realizadas análises descritivas, regressão logística múltipla e teste de McNemar. **Resultados:** Foram analisadas 30.523 equipes de 24.498 Unidades de Saúde. A oferta de PICS subiu de 18,6% (2013) para 29,0% (2018). Ampliação da oferta das PICS relacionou-se às equipes que possuíam sala de recepção multiprofissional (*odds ratio* — OR=1,07; intervalo de confiança de 95% — IC95% 1,01–1,14); participavam de ações de educação permanente (OR=1,41; IC95% 1,27–1,57); ofereciam ações educativas e de promoção à saúde (OR=1,25; IC95% 1,06–1,47); localizadas em municípios de médio (OR=1,19; IC95% 1,10–1,29) ou grande porte (OR=1,98; IC95% 1,82–2,15) e com média (OR=1,22; IC95% 1,07–1,40) ou alta cobertura de Atenção Básica (OR=1,53; IC95% 1,34–1,74). **Conclusão:** O aumento na oferta de PICS foi associado a características da equipe e do município.

Palavras-chave: terapias complementares; atenção primária à saúde; promoção da saúde; pesquisa sobre serviços de saúde; epidemiologia descritiva.



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

Correspondência: Yasmin Pissolati Mattos Bretz. E-mail: yasminbretz@gmail.com; yasminpissolati@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Recebido em: Fev. 22, 2023. Aprovado em: Out. 04, 2023

Editor responsável: Guilherme Werneck 

Abstract

Background: Integrative and Complementary Health Practices expand health care. **Objective:** To analyze the offer of Integrative and Complementary Practices in Health (ICPH) in Primary Health Care between 2013 and 2018 and its associations with characteristics of teams, health units and municipalities. **Method:** Longitudinal study using data from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care. Descriptive analysis, multiple logistic regression and McNemar test were performed. **Results:** A total of 30,523 teams from 24,498 Health Units were analyzed. The supply of ICPH rose from 18.6% (2013) to 29.0% (2018). Expanding the offer of ICPH was related to teams that had a multidisciplinary reception room (odds ratio — OR=1.07; 95% confidence interval — 95%CI 1.01–1.14); participated in permanent education actions (OR=1.41; 95%CI 1.27–1.57); offered educational and health promotion actions (OR=1.25; 95%CI 1.06–1.47); were located in medium-sized (OR=1.19; 95%CI 1.10–1.29) or large (OR=1.98; 95%CI 1.82–2.15) and medium-sized (OR=1.22; 95%CI 1.07–1.40) or had high coverage of Primary Health Care (OR=1.53; 95%CI 1.34–1.74). **Conclusion:** The increase in the supply of ICPH was associated with characteristics of the team and the municipality.

Keywords: complementary therapies; primary health care; health promotion; health services research; epidemiology, descriptive.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares traz a sistematização das responsabilidades e das diretrizes institucionais para a oferta dessas atividades no Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}. Tais práticas, fundamentalmente direcionadas à Atenção Primária à Saúde (APS), ampliam os modelos de cuidado à medida que englobam as dimensões física, psicossocial, espiritual e as interações com o meio, enfatizando a integralidade da saúde dos indivíduos^{3,4}. Além disso, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) atuam na prevenção de doenças e no tratamento de doenças crônicas de forma mais eficiente que os tratamentos da medicina moderna, sendo essas as principais vantagens das PICS.

A implementação das PICS no Brasil deu-se por meio da Portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 971, de 3 de maio de 2006. A partir de então, houve a expansão de sua oferta na APS, evoluindo de cinco modalidades em 2006 para 29 em 2018^{2,5,6}.

De acordo com o Relatório Nacional de Acompanhamento das PICS nos Sistemas de Informação em Saúde publicado em 2020, houve aumento de 314% no número de usuários dessas práticas na APS entre 2017 e 2019, o qual tem seguido uma tendência mundial que pode ser explicada pelo aumento da legitimidade social, regulação institucional das PICS em todo o mundo e limitações do modelo biomédico de atenção em relação ao atendimento integral à saúde^{7,8}. Apesar desse fenômeno, ainda há poucos estudos na literatura nacional que analisaram a implementação de PICS na APS, bem como os possíveis fatores associados ao seu aumento⁹. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a oferta de PICS na APS entre os anos de 2013 e 2018, bem como investigar se variáveis relacionadas às características das equipes, unidades de saúde e municípios estiveram associadas ao aumento de sua oferta no período supracitado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento longitudinal realizado com dados secundários do 2º (2013) e 3º (2018) ciclos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)¹⁰.

O PMAQ-AB foi um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em parceria com instituições acadêmicas, entre 2011 e 2018, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços

ofertados na APS e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país¹¹. O programa PMAQ-AB apresentou três ciclos. A coleta de dados do 1º ciclo ocorreu entre os anos de 2011 e 2013, a do 2º ciclo entre 2013 e 2014, e a do 3º ciclo entre 2017 e 2018^{11,12}. Quanto à estrutura do instrumento de coleta de dados, para o presente estudo foram utilizadas as questões de dois módulos, comuns ao 2º e 3º ciclos: observação na Unidade Básica (módulo I) e entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica (módulo II).

Para o presente estudo, dados do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB foram utilizados. Quanto aos critérios de elegibilidade, as equipes que não responderam à pergunta referente à variável dependente (detalhada a seguir) foram excluídas do banco de dados.

A variável desfecho “oferta de PICS na APS” foi baseada na seguinte pergunta: “A equipe de saúde oferece o serviço de PICS para os usuários do território?” (respostas “sim” ou “não”). Essa pergunta constava no Módulo II tanto no instrumento utilizado no 2º como no 3º ciclo do PMAQ-AB. Para comparar as mudanças ocorridas na oferta de PICS entre os dois momentos, com base nas respostas das equipes à questão supracitada em cada ciclo, uma nova variável foi criada, intitulada “oferta de PICS” (categorizada em “ampliação” ou “redução/ausência”). A categoria “ampliação” contemplou as equipes de APS que responderam “não” para o oferecimento de PICS em 2013 e “sim” em 2018 (ou seja, ampliação da oferta). Na categoria “redução/ausência”, foram incluídas as equipes que responderam “sim” ou “não” em 2013 e “não” em 2018 (ou seja, redução da oferta ou não oferta entre os dois ciclos). Para essa categorização e posterior análise de regressão dos dados, as equipes que responderam “sim” (2013) e “sim” (2018) foram excluídas.

As variáveis independentes foram divididas em níveis hierárquicos: Atenção Básica (observação da Unidade Básica de Saúde e entrevista com profissional da Equipe de Saúde) e Atenção Municipal. Segue a descrição das variáveis com suas respectivas categorizações:

Nível Atenção Básica

Observação da Unidade Básica de Saúde: Unidade de Saúde possui sala de acolhimento multiprofissional (Sim/Não), com dados foram provenientes do Módulo I do 2º ciclo do PMAQ-AB.

Quanto à Equipe de Saúde, as seguintes variáveis foram consideradas, conforme dados do Módulo II do 2º ciclo do PMAQ-AB:

- a) Equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal (Sim/Não).
- b) Gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em PICS para a equipe (Sim/Não).
- c) Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de plantas medicinais e fitoterápicos (Sim/Não).
- d) Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e práticas da medicina antroposófica (Sim/Não).
- e) Equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde (Sim/Não).

Nível Municipal:

- a) População estimada (municípios de pequeno porte — para aqueles com menos de 25 mil habitantes; municípios de médio porte — para aqueles com 25 a 100 mil habitantes; e municípios de grande porte para municípios com mais de 100 mil habitantes).
- b) Renda *per capita* ($\leq$ mediana ou $>$ mediana). Mediana=467,65 reais.
- c) Taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais de idade ($\leq$ mediana ou $>$ mediana). Mediana=13,1 anos.
- d) Cobertura de Atenção Básica do município: cobertura populacional da Equipe de Atenção Básica por município brasileiro (municípios com menos de 50,0% de cobertura; municípios com 50,0 a 75,0% de cobertura; e municípios com mais de 75,0% de cobertura).

Para identificar quais foram os tipos de PICS que aumentaram entre os dois períodos analisados, foram utilizados os dados da pergunta “Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?” (Módulo II, PMAQ-AB, 2º e 3º ciclo), com as seguintes opções de resposta: acupuntura, auriculoterapia, práticas corporais, plantas medicinais/fitoterapia,

homeopatia, medicina antroposófica, termalismo, *reiki*, *yoga*, *ayurveda*, florais, *do-in*, *shantala*, talassoterapia, biodança, musicoterapia, dança circular, naturologia, terapia comunitária, terapia com argila, sistema Rio Aberto, arteterapia, osteopatia, quiropraxia, aromoterapia.

Os bancos de dados utilizados são de acesso público (período de acesso: abril de 2021) e estão disponíveis no *site* (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>) do Ministério da Saúde¹⁰, *site* (<https://censo2010.ibge.gov.br/>) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e *site* (<https://egestorab.saude.gov.br/>) do Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Todas as análises foram realizadas utilizando o programa¹³.

A junção de todos os bancos de dados (PMAQ-AB — módulos e ciclos; IBGE e DATASUS) foi realizada com o pacote “dplyr” do programa R¹⁴. Para o pareamento entre os bancos de dados do PMAQ-AB, a variável unificadora foi o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para unificar os bancos de dados do DATASUS e do IBGE, a variável unificadora foi o código do IBGE dos municípios. Por fim, para a junção dos dois bancos de dados anteriores (PMAQ-AB e dados dos municípios), foi considerada a variável-chave Identificador Nacional de Equipes (INES).

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados (frequência absoluta e relativa). Em seguida, foram estimados modelos de regressão logística simples e múltipla considerando a ampliação da oferta de PICS entre os dois ciclos PMAQ-AB como a variável desfecho (“oferta de PICS” categorizada em “ampliação” ou “redução/ausência”). Para realizar a análise de regressão, as equipes que responderam “sim” em 2013 e “sim” em 2018, ou seja, que já ofertavam no 2º ciclo e continuaram ofertando no 3º ciclo, foram excluídas da análise.

No primeiro passo foram construídos modelos de regressão logística simples para cada variável dos níveis Atenção Básica e Municipal com o desfecho (ampliação da oferta de PICS). No segundo passo foi construído um modelo vazio (sem as variáveis independentes), e a medida do ajuste (Critério de Informação de Akaike — AIC_c) desse modelo serviu de padrão para a comparação com os valores obtidos após a inclusão das variáveis dos níveis de Atenção Básica e Municipal. No terceiro passo foi construído um modelo múltiplo com as variáveis do nível Atenção Básica, que chamamos de modelo 1, para isso foram testadas todas as variáveis desse nível que apresentaram p-valor <0,20 nas análises individuais, brutas. Compuseram o modelo 1 as variáveis do nível de Atenção Básica que apresentaram p≤0,05 quando estudadas em conjunto (modelo múltiplo). O quarto passo foi a construção do modelo 2 (final), com a inclusão das variáveis do nível Municipal. Foram testadas nesse modelo, além das variáveis já descritivas do nível de Atenção Básica, também as variáveis do nível Municipal que apresentaram p<0,20 nas análises individuais, brutas. Permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram p≤0,05 quando estudadas em conjunto (modelo múltiplo). Os ajustes dos modelos foram analisados pela significância estatística das estimativas e pelo AIC_c. A magnitude do efeito das variáveis independentes no desfecho foi analisada pelos *odds ratios* (OR) brutos e ajustados, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para analisar quais foram os tipos de PICS que aumentaram entre os dois períodos analisados, foi feita a análise de concordância do percentual de oferta de cada tipo de PICS entre os dois ciclos do PMAQ-AB (2º e 3º). Essa análise foi realizada por meio do teste de McNemar, utilizado para dados nominais pareados, com nível de significância de 5%.

O PMAQ-AB é um banco de dados de acesso público disponível no *site* do Ministério da Saúde. Por se tratar de informações de acesso público, o banco de dados possui informações agregadas sem identificação individual dos participantes, não sendo necessária a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

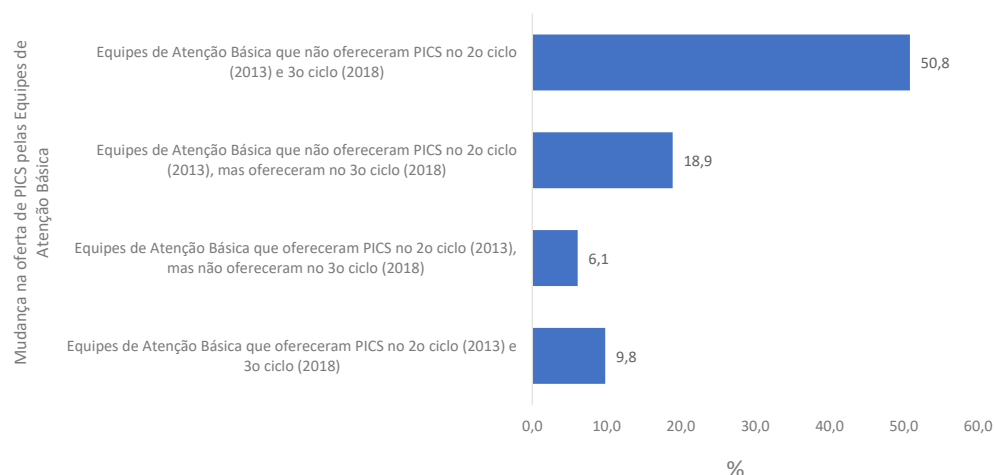
RESULTADOS

Foram analisados dados de 30.523 equipes de 24.498 Unidades Básicas de Saúde em 5.072 municípios participantes nos anos de 2013 e 2018. Considerando-se os critérios de elegibilidade, foram retiradas desta análise as 4.410 (14,5%) equipes de APS sem informação sobre a oferta em algum dos períodos ou aquelas 2.990 (9,8%) equipes que ofertaram PICS tanto em 2013 quanto em 2018 (responderam sim ao questionamento referente à variável

dependente nos dois momentos). Desse modo, das 30.523 equipes, foram incluídas 23.123 (75,5%) na análise dos dados.

Segundo os dados do IBGE por município, a mediana da renda *per capita* foi 467,65 reais, e a mediana da taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais de idade foi 13,1 anos.

Sobre a oferta de PICS aos usuários da APS, observou-se que 5.666 (18,6%) ofertavam PICS em 2013 e que 8.852 (29,0%) equipes ofereciam esse serviço em 2018. Com relação às variações na oferta de PICS entre 2013 e 2018 (ampliação ou redução/ausência), observou-se que 2.990 (9,8%) equipes reportaram oferecer esses serviços em ambos os ciclos; entre um ciclo e outro, 1.849 (6,1%) apresentaram redução ou passaram a não ofertar PICS; 5.778 (18,9%) apresentaram ampliação, e 15.496 (50,8%) não ofertavam PICS em nenhum dos dois períodos (Figura 1).



Fonte: Elaborados pelos autores.

Figura 1. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelas Equipes de Atenção Básica de acordo com 2º ciclo (2013) e 3º ciclo (2018) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB, (n=30.523)

A Tabela 1 apresenta os resultados das análises de associação individuais (brutas) das variáveis dos níveis de atenção básica e municipal com o desfecho ampliação da oferta de PICS. Observa-se que 5.778 (25,0%) equipes tiveram ampliação na oferta de PICS. Na análise bruta (de cada variável individualmente), as seguintes variáveis foram associadas à ampliação da oferta de PICS: a unidade possuir sala de acolhimento multiprofissional (OR=1,10; IC95% 1,04–1,17), a equipe participar de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal (OR=1,58; IC95% 1,43–1,76), a equipe ofertar ações educativas e de promoção da saúde (OR=1,33; IC95% 1,14–1,56), a população do município ser de médio (OR=1,14; IC95% 1,06–1,23) ou grande porte (OR=1,75; IC95% 1,63–1,88), a renda *per capita* ser maior que a mediana (467,65 reais) (OR=1,11; IC95% 1,04–1,18) e a cobertura da atenção básica estar entre 50 e 75% (OR=1,20; IC95% 1,05–1,36). Cabe destacar que três variáveis referentes a equipe, por serem condicionadas a uma resposta anterior no instrumento de coleta de dados, apresentaram alta frequência de ausência de respostas (21.274; 92,0%) e não foram incorporadas na análise múltipla. São elas: “Gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em PICS para a equipe”, “Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de plantas medicinais e fitoterápicos” e “Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e práticas da medicina antroposófica”.

A Tabela 2 mostra os resultados da análise de regressão múltipla multinível. As três variáveis do nível de Atenção Básica testadas no modelo 1 (Nível Atenção Básica) permaneceram com $p \leq 0,05$ quando analisadas em conjunto no modelo múltiplo (“Possui sala de acolhimento

Tabela 1. Análises brutas dos fatores associados à ampliação na oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil, de acordo com Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, entre o 2º (2013) e 3º (2018) ciclos

Variáveis	Categoria	n (%)	Oferta de PICS		OR ^b bruto (IC ^c 95%)	p-valor ^d
			Ampliação ^a	Redução/Ausência		
			n (%)	n (%)		
Geral		23.123 (100,0%)	5.778 (25,0%)	17.345 (75,0%)	-	-
Sala de acolhimento multiprofissional	Sim	10.939 (47,3%)	2.840 (26,0%)	8.099 (74,0%)	1,10 (1,04–1,17)	0,001
	Não	12.170 (52,6%)	2.936 (24,1%)	9.234 (75,9%)	Ref	
	Sem informação	14 (0,06%)	2 (14,3%)	12 (85,7%)	-	
Equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal	Sim	20.303 (87,8%)	5.266 (25,9%)	15.037 (74,1%)	1,58 (1,43–1,76)	<0,001
	Não	2.707 (11,7%)	490 (18,1%)	2.217 (81,9%)	Ref	
	Sem informação	113 (0,5%)	22 (19,5%)	91 (80,5%)	-	
Gestão oferece alguma atividade/ curso de educação permanente em PICS para a equipe	Sim	941 (4,1%)	-	941 (100,0%)	-	-
	Não	908 (3,9%)	-	908 (100,0%)	-	
	Sem informação	21.274 (92,0%)	5.778 (27,2%)	15.496 (72,8%)	-	
Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de plantas medicinais e fitoterápicos	Sim	653 (2,8%)	-	653 (100,0%)	-	-
	Não	1.196 (5,2%)	-	1.196 (100,0%)	-	
	Sem informação	21.274 (92,0%)	5.778 (27,2%)	15.496 (72,8%)	-	
Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e práticas da medicina antroposófica	Sim	138 (0,6%)	0 (0,0%)	138 (100,0%)	-	-
	Não	1.711 (7,4%)	0 (0,0%)	1.711 (100,0%)	-	
	Sem informação	21.274 (92,0%)	5.778 (27,2%)	15.496 (72,8%)	-	
Equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde	Sim	22.146 (95,8%)	5.581 (25,2%)	16.565 (74,8%)	1,33 (1,14–1,56)	<0,001
	Não	977 (4,2%)	197 (20,2%)	780 (79,8%)	Ref	
	Sem informação					
População	Pequeno porte	9.726 (42,1%)	2.068 (21,3%)	7.658 (78,7%)	Ref	
	Médio porte	6.954 (30,1%)	1.641 (23,6%)	5.313 (76,4%)	1,14 (1,06–1,23)	<0,001
	Grande porte	6.440 (27,8%)	2.068 (32,1%)	4.372 (67,9%)	1,75 (1,63–1,88)	<0,001
	Sem informação	3 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	
Renda <i>per capita</i>	≤467,65 reais	10.219 (44,2%)	2.443 (23,9%)	7.776 (76,1%)	Ref	
	>467,65 reais	12.901 (55,8%)	3.334 (25,8%)	9.567 (74,2%)	1,11 (1,04–1,18)	<0,001
	Sem informação	3 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	
Taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais de idade	≤13,12%	12.773 (55,2%)	3.218 (25,2%)	9.555 (74,8%)	1,02 (0,96–1,09)	0,420
	>13,12%	10.347 (44,8%)	2.559 (24,7%)	7.788 (75,3%)	Ref ^e	
	Sem informação	3 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	
Cobertura atenção básica	<50%	1.610 (7,0%)	378 (23,5%)	1.232 (76,5%)	Ref	
	50–75%	4.969 (21,5%)	1.335 (26,9%)	3.634 (73,1%)	1,20 (1,05–1,36)	0,007
	>75%	16.541 (71,5%)	4.064 (24,6%)	12.477 (75,4%)	1,06 (0,94–1,20)	0,331
	Sem informação	3 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-	

^aEvento de desfecho. ^bOR: Odds ratio. ^cIC: Intervalo de confiança. ^dTeste de Wald com nível de significância de 5%. ^eRef: Categoria de referência das variáveis independentes. Fonte: Elaborados pelos autores.

multiprofissional” — p=0,009, “A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal” — p<0,001, “A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde” — p=0,014). Após a inclusão das variáveis no Nível Municipal (modelo final), as seguintes variáveis estiveram associadas (p≤0,05) a maior chance de ampliação da oferta de PICS na APS: Unidade Básica de Saúde que possuía sala de recepção multiprofissional (OR=1,07; IC95% 1,01–1,14); equipes de APS que participaram de ações de educação permanente (OR=1,41; IC95% 1,27–1,57); oferta de ações educativas e de promoção da saúde

Tabela 2. Análise de regressão múltipla multinível da associação de fatores associados à ampliação na oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil, de acordo com Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, entre o 2º (2013) e 3º (2018) ciclos

Variáveis	Categoria	OR ^a modelo ^b 1 ¹ (IC95%)	p-valor	OR modelo 2 ^c (IC95%)	p-valor	OR modelo final ^e 3 (IC95%)	p-valor
Nível Atenção Básica							
Possui sala de acolhimento multiprofissional?	Sim	1,10 (1,04–1,17)	0,001	1,08 (1,02–1,15)	0,009	1,07 (1,01–1,14)	0,022
	Não	Ref		Ref		Ref ^f	
A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?	Sim	-		1,55 (1,40–1,72)	<0,001	1,41 (1,27–1,57)	<0,001
	Não			Ref		Ref	
A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde?	Sim	-		1,22 (1,04–1,44)	0,014	1,25 (1,06–1,47)	0,007
	Não			Ref		Ref	
Município							
População	Pequeno porte	-		-		Ref	
	Médio porte					1,19 (1,10–1,29)	<0,001
	Grande porte					1,98 (1,82–2,15)	<0,001
Cobertura atenção básica	<50,0%	-		-		Ref	
	50,0–75,0%					1,22 (1,07–1,40)	0,007
	>75,0%					1,53 (1,34–1,74)	<0,001
AIC _c	Modelo vazio=25.871,98	25.980.89		25.785.67		25.587.36	

*OR: Odds ratio; ^bModelo de regressão para a variável do Nível Observação da Unidade Básica de Saúde; ^cModelo de regressão múltipla multinível para as variáveis do Nível Observação da Unidade Básica de Saúde e do Nível Equipe; ^dIC: Intervalo de confiança; ^eModelo de regressão múltipla multinível para as variáveis do Nível Observação da Unidade Básica de Saúde, do Nível Equipe e do Nível Municipal; ^fRef: Categoria de referência das variáveis independentes.

Fonte: Elaborados pelos autores.

aos usuários pelas equipes de APS (OR = 1,25; IC95% 1,06–1,47); municípios de médio (OR=1,19; IC95% 1,10–1,29) ou grande porte (OR=1,98; IC95% 1,82–2,15), municípios que apresentavam média (entre 50 e 75%) (OR=1,22; IC95% 1,07–1,40) ou alta cobertura (>75%) de ABS (OR=1,53; IC95% 1,34–1,74).

Com relação à oferta por tipo de PICS entre os períodos, na Tabela 3 se pode observar que 51,6% das equipes não ofertavam auriculoterapia no 2º ciclo (2013) e passaram a ofertar no 3º ciclo (2018). Além disso, 22,1, 15,6 e 14,0% das equipes não ofertavam *shantala*, dança circular nem musicoterapia, respectivamente, e passaram a ofertar no 3º ciclo.

DISCUSSÃO

A pesquisa demonstrou que houve aumento na oferta de PICS na APS entre os anos de 2013 e 2018, sendo esse desfecho estatisticamente associado com características da atenção básica e com indicadores econômicos e demográficos dos municípios. Com relação às PICS utilizadas, houve maior frequência de aumento nas modalidades de auriculoterapia, *shantala*, dança circular e musicoterapia. Esses resultados contribuem para o entendimento dos fatores envolvidos na expansão dessas práticas na APS¹⁵ e mostram que o apoio e o investimento da gestão municipal na qualificação profissional, em suprimentos e na estrutura física da Unidade Básica de Saúde, são essenciais para a efetiva implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que em 2021 completou 15 anos.

Embora 50,8% das equipes de saúde investigadas não houvessem incorporado práticas de PICS em seu cotidiano em 2018, verificou-se ampliação da oferta de 18,9% em relação a 2013. Mais recentemente, um relatório do Ministério da Saúde sobre o monitoramento nacional das PICS apontou aumento de 16% da oferta de PICS na APS no país entre os anos de 2017 e 2019⁷. O aumento da oferta de PICS pelas equipes e municípios, mesmo que lentamente, é uma forma de fortalecer o SUS e a integralidade do cuidado em saúde para a população^{16,17}.

Tabela 3. Análise de concordância entre a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelas Equipes de Saúde de acordo com 2º (2013) e 3º (2018) ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasil

PICS	2º Ciclo	3º ciclo		p-valor ^b
		Sim	Não	
		Frequência (%) ^a		
Auriculoterapia	Sim	497 (16,6%)	91 (3,0%)	<0,001
	Não	1.544 (51,6%)	858 (28,7%)	
Reiki	Sim	44 (1,5%)	57 (1,9%)	<0,001
	Não	252 (8,4%)	2.637 (88,2%)	
Yoga	Sim	78 (2,6%)	145 (4,8%)	<0,001
	Não	299 (10,0%)	2.468 (82,5%)	
Ayurveda	Sim	1 (0,0%)	15 (0,5%)	<0,001
	Não	44 (1,5%)	2.930 (98,0%)	
Florais	Sim	40 (1,3%)	105 (3,5%)	<0,001
	Não	297 (9,9%)	2.548 (85,2%)	
Do-in	Sim	53 (1,8%)	139 (4,6%)	<0,001
	Não	290 (9,7%)	2.508 (83,9%)	
Shantala	Sim	223 (7,5%)	235 (7,9%)	<0,001
	Não	661 (22,1%)	1.871 (62,6%)	
Talassoterapia	Sim	0 (0,0%)	7 (0,2%)	<0,001
	Não	45 (1,5%)	2.938 (98,3%)	
Biodança	Sim	46 (1,5%)	152 (5,1%)	<0,001
	Não	239 (8,0%)	2.553 (85,4%)	
Musicoterapia	Sim	119 (4,0%)	226 (7,6%)	<0,001
	Não	420 (14,0%)	2.225 (74,4%)	
Dança Circular	Sim	205 (6,9%)	257 (8,6%)	<0,001
	Não	467 (15,6%)	2.061 (68,9%)	
Naturopatia	Sim	4 (0,1%)	41 (1,4%)	<0,001
	Não	113 (3,8%)	2.832 (94,7%)	
Terapia Comunitária	Sim	417 (14,0%)	540 (18,1%)	0,646
	Não	525 (17,6%)	1.508 (50,4%)	
Terapia com Argila	Sim	11 (0,4%)	57 (1,9%)	0,071
	Não	78 (2,6%)	2.844 (95,1%)	
Sistema Rio Aberto	Sim	5 (0,2%)	22 (0,7%)	0,017
	Não	41 (1,4%)	2.922 (97,7%)	
Arteterapia	Sim	138 (4,6%)	418 (14,0%)	0,069
	Não	367 (12,3%)	2.067 (69,1%)	

^aporcentagem em relação ao total de equipes com informação para oferta de cada PICS nos dois ciclos PMAQ-AB (n=2990; 100%);

^bTeste de McNemar, com nível de significância de 5%.

Fonte: Elaborados pelos autores.

Sobre as características de infraestrutura física das unidades de saúde, verificou-se que menos da metade das unidades (47,3%) pesquisadas possuía sala de acolhimento multiprofissional em sua infraestrutura, fato que pode ter dificultado o desenvolvimento das PICS na prática diária da APS. A presença dessa sala foi uma das variáveis que demonstrou associação estatisticamente significativa com o aumento da oferta de PICS entre os anos de 2013 e 2018. Uma das hipóteses aventadas para tal associação é a de que a presença desse ambiente facilita o desenvolvimento das PICS na APS^{17,18}, tendo em vista que a falta de espaço

nas unidades de saúde para tais atividades é um dificultador frequente apontado nos estudos sobre o tema^{15,19,20}.

Referentemente às peculiaridades das equipes, verificou-se que aquelas que haviam participado de processos de educação permanente apresentaram maior chance de oferecer PICS na APS. Esse fato reforça a importância da educação permanente como fomentadora de novas práticas na APS, incluindo as PICS, conforme já comentado por Santos e Tesser²¹.

Outra variável associada ao aumento da oferta das PICS na APS foi a oferta de ações educativas e de promoção da saúde pelas equipes de saúde para os usuários. Na medida em que as equipes realizam essas atividades alicerçadas em experiências com as PICS nas unidades, os usuários tenderão a conhecê-las e utilizá-las de forma crescente na APS, fato que pode implicar aumento da demanda e, conseqüentemente, necessidade de aumento da oferta pela gestão. Provavelmente há uma demanda reprimida para o uso dessas práticas no SUS. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 4,6% das pessoas utilizaram alguma PICS nos 12 meses anteriores à data da entrevista, e o uso de plantas medicinais e fitoterapia foi a prática mais frequente entre as pesquisadas (58,0%), indicando uma importante demanda para a APS²².

No que tange à amplitude dos municípios e à cobertura populacional estimada na APS, os resultados da pesquisa demonstraram associação entre aumento na oferta de PICS em cidades de médio ou grande porte, bem como em municípios com alta ou média cobertura da APS. Segundo o Relatório de Monitoramento Nacional das PICS e os Sistemas de Informação em Saúde, em 2019, essas práticas estavam presentes em 77% dos municípios brasileiros e em todas as capitais monitoradas, ou seja, cidades de grande porte (Brasil, 2020). Deve-se considerar que municípios maiores possuem mais oportunidades de desenvolvimento de políticas próprias para financiamento da oferta de PICS, já que a PNPIC não prevê orçamento próprio para o desenvolvimento de seus objetivos⁷. Barbosa et al. (2020)²³ também verificaram maior oferta de PICS quanto maior a cobertura da APS, fato que pode ocorrer graças aos maiores investimentos em saúde nesses locais, fomentando, por conseguinte, outras opções de cuidado com as PICS. Além disso, um desafio para o investimento é não haver uma lei que regulamenta as PICS no SUS, apenas uma portaria. Por isso, municípios com maior arrecadação acabam conseguindo investir mais nas PICS, uma vez que a implementação depende do interesse dos governantes locais e das equipes da atenção básica que fazem acontecer o programa quando motivadas.

O estabelecimento de mecanismos de financiamento das PICS no SUS é mencionado nas diretrizes da PNPIC como parte da estruturação e fortalecimento dessas práticas. Em revisão de escopo publicada recentemente com o objetivo de identificar como ocorre o financiamento da PNPIC, verificou-se que as iniciativas estão mais ligadas aos estados e municípios²⁴. Esse fato reforça a necessidade de existência de uma lei que abarque a destinação de verba específica para a implantação e implementação das PICS no SUS, visto que a PNPIC se refere a todo o território nacional, entretanto não traz em seu texto orientações legais consistentes sobre seu financiamento, sobretudo na APS. Critérios e normativas referentes ao financiamento das PICS na Atenção Básica, porta de entrada da maior parte da população usuária do SUS, tampouco são mencionados na Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS²⁵.

Importante destacar que variáveis associadas ao aumento do uso de PICS no modelo estatístico explicam parcialmente esse achado. Ao resgatar a trajetória da inserção das PICS no SUS, percebe-se que ela foi fundamentalmente marcada pela atuação de profissionais que tinham formação em alguma prática e passaram a oferecer tal serviço mesmo sem a existência de uma regulamentação específica²⁶. Assim, entre as estratégias que podem contribuir para a promoção do uso das PICS na APS, destaca-se a implantação e o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde (EPS)²⁷ com enfoque nas PICS. A Política Nacional de EPS aborda a formação e o desenvolvimento dos profissionais que já atuam no SUS, proporcionando a ampliação da formação dos recursos humanos em saúde. Além disso, a EPS traz elementos que favorecem o aumento da capacidade resolutiva dos serviços, característica que se torna especialmente importante no caso da implementação das PICS na APS, por ser o local de principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde. Santos e Tesser (2012)²¹ trazem outros elementos que podem contribuir para a promoção do uso de PICS na APS, tais como

a gestão participativa, a estruturação da integralidade e a expansão do cuidado realizado na APS por meio do oferecimento progressivo e sustentável das PICS.

Os resultados da pesquisa mostraram que a auriculoterapia, a *shantala* e a dança circular foram as PICS que apresentaram maior aumento de utilização entre os anos de 2013 e 2018. Isso pode ser explicado pelo fato de essas PICS normalmente precisarem de menor investimento em relação ao material e ao espaço físico, sendo assim mais fáceis de serem implementadas. Outros fatores têm contribuído para esse cenário, a exemplo da parceria entre o MS e a Universidade Federal de Santa Catarina, a qual tem viabilizado a realização do curso de formação em auriculoterapia para profissionais de saúde da APS desde 2017, com consequente aumento da adesão dos profissionais para a implementação dessa prática na APS^{19,20}. A inserção da auriculoterapia na APS provê benefícios aos usuários, como, por exemplo, aplicação rápida e segura, e resultados efetivos para diferentes questões de saúde, sendo de fácil aprendizado pelos profissionais e bem aceita pelas pessoas atendidas²². Além disso, essa prática pode ser utilizada em todas as faixas etárias, sendo uma ótima opção para crianças e idosos, principalmente para o tratamento de doenças crônicas com o seu uso prolongado.

Artigos publicados sobre *shantala* na APS do SUS são escassos. Entretanto, Ferreira et al. (2017)²⁸ analisaram o impacto da implantação da massagem *shantala* para crianças, por meio de um ensaio de campo randomizado. O estudo menciona que a oferta de *shantala* na APS aproxima os profissionais de saúde do contexto sociofamiliar da criança atendida. O manuscrito revela possibilidades de contribuição dessa PICS para o fortalecimento do vínculo familiar com a criança, viabilizando o desenvolvimento psicossocial e emocional saudável, proporcionando benefícios de ordem fisiológica que podem influenciar nas estatísticas de mortalidade e hospitalizações por causas evitáveis.

Sobre a dança circular, constata-se carência de estudos publicados dessa PICS na APS. Silva et al. (2021)²⁹ realizaram uma pesquisa qualitativa em uma população de idosos praticantes de dança circular em unidades de atenção básica em saúde no sul do Brasil e verificaram que essa modalidade de PICS apresenta atributos de inclusão e acolhimento, transmitindo a percepção de pertencimento e união, sem desconsiderar a individualidade dos praticantes.

Assim sendo, as três PICS supracitadas, as quais apresentaram maior aumento entre 2013 e 2018, podem contribuir de diferentes formas para o manejo de questões de saúde pública, na medida em que geram melhorias em distintos aspectos no contexto das práticas de atenção à saúde oferecidas em unidades básicas do SUS^{28,29,30}. Ressalta-se que outras PICS também apresentaram ampliação de uso no mesmo período estudado. Considerando essa situação, Santos e Tesser (2012)²¹ propuseram um método para a implantação e promoção de acesso às PICS na APS. Os autores mencionam quatro fases para o desenvolvimento do método, que compreendem a definição de um núcleo responsável pela implantação e fortalecimento das ações; a análise situacional, por meio do mapeamento de profissionais competentes que já atuam na rede pública de saúde; a regulamentação, organização do processo e legitimação; e o ciclo de implantação, que envolve a pactuação de planos locais, tutoria e atividades de educação permanente em saúde.

As limitações da presente pesquisa estão relacionadas ao uso de dados secundários para as análises, especialmente por algumas questões dos bancos que apresentavam elevada taxa de “não informação” e, portanto, não foi possível incluí-las nas análises finais. Esse número relevante de dados perdidos ocorre em função do formato de aplicação do instrumento de coleta dos dados PMAQ-AB, pois a aplicação de algumas perguntas é condicionada a determinada resposta anterior. As próprias questões do PMAQ-AB podem ter limitado a formulação de hipóteses mais abrangentes para avaliar as variáveis associadas ao aumento ou não da oferta de PICS na APS. Além disso, a adesão das equipes ao PMAQ-AB teve caráter voluntário, dependendo do interesse de gestores e profissionais em participar de um programa institucional avaliativo visando à melhoria do serviço. Isso pode ter gerado um viés de pesquisa, pois, em tese, as equipes menos engajadas poderiam não aceitar a adesão³⁰. Também se admite que a ausência de resposta para alguns critérios analisados pode ter influenciado, limitando os achados referentes a “Gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em PICS para a equipe”, “Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de plantas medicinais e fitoterápicos”

e “Equipe realiza atividades de educação em saúde abordando uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e práticas da medicina antroposófica”. Por último, e não menos importante, destaca-se que o último ciclo do PMAQ-AB findou em 2018 e, portanto, a continuidade dessa avaliação e monitoramento da oferta de PICS e fatores associados se encontra prejudicada no momento atual.

Apesar disso, segundo nosso conhecimento, este é um dos raros estudos que investigou variáveis associadas ao aumento da oferta de PICS nas Equipes de APS em nível nacional e, portanto, contribui de forma singular para a compreensão das relações avaliadas. Recomenda-se que estudos futuros utilizando metodologia similar explorem outras variáveis e desfechos, no intuito de contribuir para a implementação efetiva da PNPIC e a ampliação das PICS oferecidas na APS.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os conjuntos de dados gerados e/ou analisados durante o estudo estão disponíveis com o autor correspondente mediante solicitação.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

YPMB: Conceituação, Análise Formal, Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição. JSP: Conceituação, Análise Formal, Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição. CGM: Análise Formal, Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição. FLM: Conceituação, Análise Formal, Escrita - Primeira Redação, Escrita - Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2023 Mar 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_praticas_integrativas_complementares.pdf
2. Brasil. Portaria nº 971, de 06 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministérios da Saúde; 2006 [citado 2023 Mar 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
3. Michaelson V, Pickett W, Davison C. The history and promise of holism in health promotion. *Health Promot Int*. 2019;34(2):824-32. <https://doi.org/10.1093/heapro/day039>
4. Sousa LA, Barros NF. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2018;26:e3041. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2854.3041>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [Internet]. Brasília: Ministérios da Saúde; 2017 [citado 2023 Mar 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html
6. Brasil. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado XX XX XX]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html
7. Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 Mar 2]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf
8. World Health Organization. Who Traditional Medicine Strategy: 2014-2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 2023 Mar 2]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>
9. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1205-18. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912318>
10. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2023 Mar 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq>

11. Cavalcanti P, Fernandez M, Gurgel GD Jr. Cooperação entre academia e governo para avaliar a Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Interface*. 2021;25:e210103. <https://doi.org/10.1590/interface.210103>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo.. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2023 Mar 2]. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PMAQ_MANUAL_INSTRUTIVO_27JULHO2017.pdf
13. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [computer program]. Vienna: R Core Team; 2020.
14. Wickham H, François R, Henry L, Müller K. dplyr: A Grammar of Data Manipulation [Software]. Version 1.0.7. Vienna: CRAN; 2021 [citado 2023 Abr 20]. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>
15. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Lunes DH, Prado RR. Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the unified health system: a literature review. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(11):4239-50. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>
16. Leite L, Lobo BOM, Lima NS, Menguarda CF. Acolhimento multiprofissional em estratégia de saúde da família: espaço de atuação para o profissional psicólogo. *Rev Pisco IMED*. 2010;2(1):276-87.
17. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66:158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
18. Fischborn AF, Machado J, Fagundes NC, Pereira NM. A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. *Cinergis*. 2016;17(1):358-63. <https://doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8149>
19. Moraes MP Junior, Fernandes MVC, Esteves AVF, Gadelha EPN, Marques AGAC, Rocha EP. A Percepção das Gestantes e Parturientes Frente ao Modelo de Práticas Integrativas Complementares em Saúde Instaurado em uma Maternidade da Zona Norte de Manaus-AM, Brasil. *EAR*. 2020; 8(6):3498-510.
20. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das Práticas Integrativas e Complementares no SUS visando a promoção de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2012;22(2):233-8. <https://doi.org/10.7322/jhgd.44936>
21. 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 Colet*. 2012;17(11):3011-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde - Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Brasília: IBGE; 2020 [citado 2023 Abr 20]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>
23. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00208818. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818>
24. Silva NO, Schweitzer MC. Financiamento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: uma revisão de escopo. *Cad Naturologia Ter Complement*. 2021;10(19):68.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2023 Abr 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
26. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
27. Garneiro L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42:81-99. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>
28. Ferreira VD, Souza NR, Ferreira R, Oliveira AG, Moraes KCA, Araújo LMS. Impacto da implantação da massagem Shantala para crianças: ensaio de campo randomizado. *Ciênc Praxis*. 2017;10(19):63-70.
29. Silva KM, Nitschke RG, Durand MK, Heidemann ITSB, Tholl AD, Belaunde AMA. O significado da dança circular no imaginário da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;24(3):e210076. <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210076>
30. Sossai TA, Galavote HS, Vieira ECL, Freitas PSS, Lima RCS. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2016; 18(1):111-9.