



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

GABRIELA SOARES CAETANO

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL – BRASIL

Brasília – DF

2019

GABRIELA SOARES CAETANO

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL – BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Ciências da Saúde – Departamento
de Farmácia como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Fonseca Lima

Brasília-DF

2019

SUMÁRIO

ARTIGO SUBMETIDO	4
COMPROVANTE DE SUBMISSÃO	25
DIRETRIZES PARA AUTORES	27

ARTIGO SUBMETIDO

Práticas integrativas e complementares na Rede de Atenção à Saúde pública do Distrito Federal – Brasil

Integrative and complementary practices in the Public Health Care Network of Distrito Federal – Brazil

Prácticas integradoras y complementarias en la Red de Atención de Salud Pública del Distrito Federal – Brazil

Resumo

A inserção de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) remete ao modelo hegemônico de oferta de cuidados imposto por esse sistema e, com a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, houve um aumento de ofertas e demandas dessas alternativas. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar a oferta e produção de PIC nos serviços da atenção primária e da média complexidade na assistência pública no Distrito Federal (DF)/Brasil. Os dados foram coletados e analisados por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) e na plataforma de Cadastros Nacional de Estabelecimentos de Saúde, conforme às PIC conforme nível de complexidade e profissionais executores após o ano de 2008. O total de PIC no período analisado foi de 315405, o que equivaleu a 0,06% do total de procedimentos previstos no SIA-SUS. A PIC mais frequente foi a acupuntura com inserção de agulha (49,49% do total de práticas), sendo a grande maioria executada por profissional médico. Dos estabelecimentos de saúde no SUS-DF, 177 ofertavam PIC na competência de outubro de 2019 (9,50% do total serviços vinculados ao contexto de atendimento ambulatorial); as práticas corpo-mente (shantala, massagem, meditação, reflexoterapia, reiki e quiropraxia) foram as mais referidas como ofertadas por esses estabelecimentos (81,92% dos 177). Há necessidade de ressaltar a importância dessas alternativas terapêuticas, ampliar estudos e pesquisas para analisar sua efetividade, incentivar tais práticas em todos os níveis de atenção na saúde pública, e capacitar profissionais e gestores com vistas a viabilizar sua execução de maneira qualificada.

Palavras-chave: Terapias complementares; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The inclusion of Integrative and Complementary Practices (ICP) in the Brazilian Unified Health System (named SUS) refers to the hegemonic model of care provision imposed by this system and, with the implementation of the National Policy of Integrative and Complementary Practices, there was an increase in offers and demands of these alternatives. Thus, the objective of this study was to analyze the supply and production of ICP in primary care and medium complexity public assistance services in the Distrito Federal (DF)/Brazil. The data were collected and analyzed using the Ambulatory Information System (named

SIA-SUS) and in the National Registry of Health Facilities platform regarding ICP according to the level of complexity and executing professionals after 2008. The total of PIC in the analyzed period was 315405, which corresponded to 0.06% of the total procedures provided by SIA-SUS. The most common ICP was needle insertion acupuncture (49.49% of the total practices), the vast majority being performed by a medical professional. Of the health services in SUS-DF, 177 offered any kind of PIC in October 2019 competency (9.50% of the total services linked to the context of outpatient care); body-mind practices (shantala, massage, meditation, reflexotherapy, reiki and chiropractic) were the most commonly referred to as offered by these establishments (81.92% of 177). There is a need to emphasize the importance of these therapeutic alternatives, expand studies and research to analyze their effectiveness, encourage such practices at all levels of public health care, and train professionals and managers with a view to enabling their execution in a qualified manner.

Key-Words: Complementary Therapies; Public Health; Unified Health System.

Resumen

La inclusión de Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC) en el Sistema Único de Salud (SUS) se refiere al modelo hegemónico de provisión de cuidados impuesto por este sistema y, con la implementación de la Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias, hubo un aumento en las ofertas y demandas de estas alternativas. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar el suministro y la producción de PIC en atención primaria y servicios de asistencia pública de complejidad media en el Distrito Federal (DF)/Brasil. Los datos fueron recopilados y analizados utilizando el Sistema de Información Ambulatoria del SUS (SIA-SUS) y en la plataforma del Registro Nacional de Instalaciones de Salud con respecto a PIC de acuerdo con el nivel de complejidad y la ejecución de los profesionales después de 2008. El total de PIC en el período analizado fue de 315405, lo que correspondió al 0.06% del total de procedimientos en lo SIA-SUS. La PIC más común fue la acupuntura de inserción de aguja (49.49% del total de las prácticas), la gran mayoría realizada por un profesional médico. De los establecimientos de salud en SUS-DF, 177 ofrecieron alguna PIC en competencia de octubre de 2019 (9.50% del total de servicios vinculados al CNES en el contexto de la atención ambulatoria); las prácticas cuerpo-mente (shantala, masaje, meditación, reflexoterapia, reiki y quiropráctica) fueron las más comúnmente mencionadas como ofrecidas por estos establecimientos (81.92% de 177). Es necesario enfatizar la importancia de estas alternativas terapéuticas, ampliar los estudios y la investigación para analizar su efectividad, alentar tales prácticas en todos los niveles de la atención de salud pública y capacitar a profesionales y gerentes con el fin de permitir su ejecución de manera calificada.

Palabras clave: Terapias complementarias; Salud Pública; Sistema Único de Salud.

Introdução

As terapias alternativas vem sendo cada vez mais demandadas em contextos nos quais a medicalização permeia a cultura e a identidade das pessoas¹. Esse aumento pela procura de tal tipo de abordagem é compressível por várias razões: fácil acesso, eficácia e segurança relativa e insatisfações com a medicina tradicional. No campo de saúde pública, as práticas integrativas e complementares em saúde constituem importante alternativa para a produção do cuidado e tem feito parte das estratégias para o cuidado das populações atendidas².

Algumas pesquisas referem os impactos positivos dessas práticas em termos assistenciais, como a realizada em Salvador, na qual Dacal & Silva (2018) evidenciaram impactos aparentes das terapias complementares no alívio de ansiedade, estresse e dores no corpo em pacientes com enfermidades de caráter crônico³. Revisão integrativa de Souza et al. (2017) corrobora esses achados importantes, porém, em relação às PIC voltadas para saúde mental e usuários de drogas⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo principal garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, por meio de uma rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada. Para tanto, o SUS propõe o uso do conceito ampliado de saúde, que associa as condições de vida, norteia a formulação e a implementação de estratégias que viabilizem um serviço de saúde universal, integral, eficiente, com equidade e participação popular⁵.

Dentre os princípios do SUS há o da integralidade, que é um conceito que permite identificação do sujeito na sua totalidade, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis em que se pode intervir⁶. De modo a atender este princípio, foi identificada a necessidade de inserção de terapias complementares/integrativas e alternativas no exercício da prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada na atenção humanizada e centrada na totalidade do indivíduo⁷.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), Práticas Integrativas e Complementares (PIC) correspondem a sistemas, recursos terapêuticos e abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, na visão ampliada do processo saúde/doença e na promoção global do cuidado humano, especialmente autocuidado⁸.

A valorização das terapias em questão e o estímulo aos serviços direcionados a essas práticas no contexto do sistema público de saúde brasileiro demandaram a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), portaria Nº 971 de 03 de outubro de 2006, na tentativa de ampliar o acesso a serviços anteriormente limitados ao cunho privado⁷.

Antes mesmo de a PNPIC entrar em vigor, o SUS já contava com 5 práticas: acupuntura, termalismo, antroposofia, fitoterapia e homeopatia. Em 2017, mediante Portaria Nº 849⁹, mais 14 práticas foram inseridas na política: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Em 2018, com a Portaria Nº 702¹⁰, outras práticas foram inseridas na PNPIC: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia.

Como iniciativa de monitorar continuamente as consultas regionais e nacionais, o que possibilita o acesso a dados referentes às PIC, utilizaram-se indicadores de assistência à saúde (SIA-SUS) disposta pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização e controle social sobre a utilização dos recursos disponíveis. Para alcançar tais objetivos, foi atribuída ao DATASUS a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde¹¹.

Para análise de cada prática de acordo com seu nível de complexidade e regiões administrativas do Distrito Federal provedoras dos serviços de terapias integrativas/complementares e alternativas utilizou-se o CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - base que abrange dados da totalidade dos estabelecimentos de saúde brasileiros. Esta tecnologia da informação, cada vez mais utilizadas na administração pública, é importante para a área de planejamento, controle e avaliação em saúde e devem refletir a real situação do sistema de saúde¹².

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi analisar os procedimentos relacionados à PIC realizadas no Distrito Federal a fim de prover informações para planejamento de ações que fortaleçam as práticas.

Metodologia

A pesquisa correspondeu a um estudo descritivo realizado mediante coleta e análise de dados secundários. Para seleção dos procedimentos foi utilizada a tabela de procedimentos da classificação SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS)¹³ que unifica e padroniza os códigos do SIA. Foram consideradas todas as práticas integrativas e complementares do grupo de procedimentos clínicos (03), subgrupo de terapias especializadas (09), e do grupo de ações de promoção e prevenção em saúde (01), subgrupo de ações coletivas/ individuais em saúde (01) na competência de outubro de 2019.

O levantamento do quantitativo de procedimentos relacionados às PIC e dos profissionais atuantes foi feito a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)¹⁴ vinculado ao sistema de informação do Ministério da Saúde (DATASUS) (por local de atendimento a partir de 2008). Foram consideradas as PIC previstas no SIGTAP realizadas no Distrito Federal após a PNPIC em 2006 considerando o nível de complexidade (AB, média complexidade e alta complexidade; todas as PIC, independentemente de onde são realizadas, são procedimentos passíveis de registro nos sistemas vinculados à AB) e os profissionais passíveis de execução das PIC conforme previsto no SIGTAP (por meio da Classificação Brasileira de Ocupação – CBO)¹⁵ considerando a competência de outubro de 2019.

O sistema de informação ambulatorial do SUS (SIA/SUS) sofreu alteração da versão de 2007 para a de 2008, que atende a tabela unificada com mais funcionalidades para melhor gerenciamento. Com essa mudança, houve inserção de alguns itens de pesquisas que aprimoram as buscas de dados. Portanto, apesar de a PNPIC ter sido implementada em 2006, a pesquisa em questão abordou dados de 2008 adiante para resultados mais completos, visto que os dados dispostos nos anos de 2006 e 2007 não forneciam dados referentes aos profissionais executores de PIC e ao nível de complexidade das práticas, itens de alta relevância para esta pesquisa.

Para atender às demandas desse estudo, foram verificados os locais da rede assistencial pública do Distrito Federal onde havia oferta de PIC. Os dados foram coletados por meio do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁶, subsistema também vinculado ao DATASUS, que apresenta dados referentes aos estabelecimentos de serviços de saúde no Brasil (competência de outubro de 2019). Nessa

base, foram considerados os atendimentos de código 134 vinculados ao atendimento ambulatorial (todas as PIC, independentemente de onde são realizadas, são procedimentos passíveis de registro nos sistemas vinculados à AB).

Os dados foram coletados em outubro de 2019, tabulados e organizados considerando as variáveis: quantitativo de procedimentos por ano, nível de complexidade (atenção básica – AB, ou médica complexidade – MC), profissionais executores das práticas e estabelecimento assistencial em saúde. Foram analisadas frequências absolutas, e os conceitos presentes em políticas públicas e no SIGTAP permearam a análise na discussão. A análise dos dados coletados foi univariada e frequencial, realizada por meio do software Excel®.

Resultados

O total de PIC registradas no SIA-SUS considerando o período analisado foi de 315405, sendo a maioria pertencente ao grupo de procedimentos clínicos (03) (89,15%; n=281187). Esse total equivaleu a menos de um por cento do total de procedimentos realizados previstos no SAI-SUS no período de 2008 a 2019 em questão (0,06% do total de 522617045 procedimentos registrados).

Considerando as práticas do grupo de procedimentos clínicos (03), a maioria das referências foi relacionada aos serviços de média complexidade (n=279085; 99,2%) com destaque às sessões de acupuntura com inserção de agulha. Os quantitativos de procedimentos informados no SIA-SUS dos grupos de procedimentos clínicos (03) das PIC na AB e nos serviços de média complexidade estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Quantidade de procedimentos das PIC realizados na AB e nos serviços de média complexidade. Distrito Federal, 2019.

Procedimento (grupo de procedimentos clínicos)	Ano												Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Atenção básica (AB)													
Sessão de auriculoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	227	359	369	955
Sessão de massoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	156	-	-	156
Sessão de reiki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	167	172	48	387
Sessão de ozonioterapia aplicada à odontologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	604	604
<i>Total atenção básica</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	550	531	1021	2102
Média complexidade (MC)													
Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa	1123	5176	1122	1081	1078	894	651	337	293	181	223	415	12574
Sessão de eletroestimulação	30783	1283	3423	11187	14577	2808	241	24	40949	2804	1629	692	110400
Sessão de acupuntura com inserção de agulhas	10601	16703	19366	17653	18452	11902	11847	9531	14337	15121	7183	3415	156111
<i>Total média complexidade</i>	42507	23162	23911	29921	34107	15604	12739	9892	55579	18106	9035	4522	279085
Total de procedimentos (03)	42507	23162	23911	29921	34107	15604	12739	9892	55579	18656	9566	5543	281187

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Quanto aos procedimentos clínicos executados na AB, a maior proporção foi relacionada a sessões de auriculoterapia (45,43% do total de PIC na AB; n=955) dos serviços ofertados, seguidas das sessões de ozonioterapia aplicada à odontologia (28,74% do total de PIC na AB; n=604), as quais não tiveram referência no sistema nos anos de 2017 e 2018 (Tabela 1). Quanto aos procedimentos clínicos realizados nos serviços de média complexidade, a maior parte foi referente a sessões de acupuntura com inserção de agulhas (55,94% do total de PIC na MC, n=156111), seguida das sessões de eletroestimulação com 39,56% (n=110400) (Tabela 1).

As Tabelas 2 e 3 apresentam o registro das práticas do grupo de procedimentos clínicos por profissionais conforme CBO na AB e nos serviços de médica complexidade, respectivamente. As classes de cirurgião dentista e traumatologista bucomaxilofacial e de fisioterapeutas gerais se destacaram com 23,26% (n=489) e 22,03% (n=463) da totalidade das práticas dos grupos de procedimentos clínicos, como pode ser apresentado na Tabela 2. Quanto às PIC do grupo (03) no contexto dos serviços de média complexidade, a maior parte foi feita por médicos acupunturista (58,51%; n=163301) (Tabela 3).

Tabela 2. Quantidade de PIC realizadas por profissional na atenção básica. Distrito Federal, 2019.

Profissional (conforme CBO) (grupo de procedimentos clínicos)	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Agente comunitário de saúde	153	-	-	153
Assistente social	-	51	48	99
Auxiliar de enfermagem	35	91	-	126
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	1	-	-	1
Cirurgião dentista (traumatologista bucomaxilofacial)	-	-	489	489
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	4	14	-	18
Enfermeiro do trabalho	-	292	-	292
Fisioterapeuta geral	223	-	240	463
Médico acupunturista	11	53	75	139
Médico pediatra	39	-	-	39
Nutricionista	4	-	-	4
Psicólogo clínico	-	-	21	21
Técnico em higiene dental	-	-	115	115
Terapeuta ocupacional	80	30	33	143
Total	550	531	1021	2102

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Tabela 3. Número de PIC realizadas por profissional na média complexidade. Distrito Federal, 2019.

Profissional (conforme CBO) (grupo de procedimentos clínicos)	Ano												Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Cirurgião dentista (clínico geral)	-	-	-	-	-	7	-	-	128	-	-	-	135
Cirurgião dentista (disfunção temporomandibular e dor orofacial)	-	-	-	-	-	-	382	166	-	-	-	-	548
Enfermeiro	-	4185	4	-	299	359	-	-	56	-	-	-	4903
Fisioterapeuta geral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	196	196
Médico acupunturista	42507	18977	23907	29921	33808	15238	12357	9726	53687	14842	7480	3574	163301
Médico anestesiológico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Médico cirurgião geral	-	-	-	-	-	-	-	-	495	1595	-	-	2090
Médico clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	162	8	-	-	170
Médico de família e comunidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	32	-	52
Médico endocrinologista e metabologista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Médico fisiatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Médico ginecologista e obstetra	-	-	-	-	-	-	-	-	103	58	47	17	225
Médico homeopata	-	-	-	-	-	-	-	-	416	689	634	18	1757
Médico infectologista	-	-	-	-	-	-	-	-	86	-	-	-	86
Médico oncologista clínico	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Médico ortopedista e traumatologista	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Médico otorrinolaringologista	-	-	-	-	-	-	-	-	37	207	72	49	365
Médico pediatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	91	264	394
Médico psiquiatra	-	-	-	-	-	-	-	-	386	648	647	190	1871
Médico reumatologista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Terapeuta ocupacional	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	31	211	262
Total	42507	23162	23911	29921	34107	15604	12739	9892	55579	18106	9035	4522	279085

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

O grupo de ações de promoção e prevenção em saúde (01) teve referência de práticas integrativas/complementares e alternativas apenas no nível de atenção básica e totalizou 34218 procedimentos. As práticas mais frequentes do grupo (01) foram as práticas corporais em medicina tradicional chinesa (48,64% do total de PIC do grupo (01); n=16645) e as de oficina de massagem/automassagem (29,4% do total de PIC do grupo (01); n=10057) (Tabela 4).

Tabela 4. Número de procedimentos das PIC realizados na atenção básica. Distrito Federal, 2019.

Procedimento (grupo de ações de promoção e prevenção em saúde)	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Práticas corporais em medicina tradicional chinesa	10320	2646	3679	16645
Terapia comunitária	5	65	1069	1139
Dança circular/ biodança	4026	33	-	4059
Yoga	397	280	1583	2260
Oficina de massagem/ automassagem	6974	988	2095	10057
Sessão de arteterapia	-	1	30	31
Sessão de meditação	-	-	27	27
Total	21722	4013	8483	34218

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Na tabela 5 está o registro das PIC referentes ao grupo de ações de promoção e prevenção em saúde na AB por profissional nos anos de 2017,2018 e 2019. A classe de profissionais médicos destaca-se com 59,47% (n=20348) da totalidade de procedimentos informados. Nesse grupo, houve uma maior atuação de outros profissionais, como o auxiliar de enfermagem (21,72% das práticas do grupo (01) na AB; n= 7432), o enfermeiro (7,90% das práticas do grupo (01) na AB; n=2704) e o assistente social (4,11% das práticas do grupo (01) na AB; n=1406) (Tabela 5).

Tabela 5. Número de PIC realizadas por profissional na atenção básica. Distrito Federal, 2019 (continua).

Profissional (conforme CBO) (grupo de ações de promoção e prevenção em saúde)	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Agente comunitário de saúde	638	11	-	649
Agente de saúde pública	89	20	-	109
Assistente social	1113	99	194	1406
Auxiliar de enfermagem	542	1291	5599	7432
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	696	-	-	696
Enfermeiro	2388	103	213	2704
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	35	-	-	35
Fisioterapeuta geral	7	-	1	8
Fonoaudiólogo	-	1	-	1

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Tabela 5. Número de PIC realizadas por profissional na atenção básica. Distrito Federal, 2019 (conclusão).

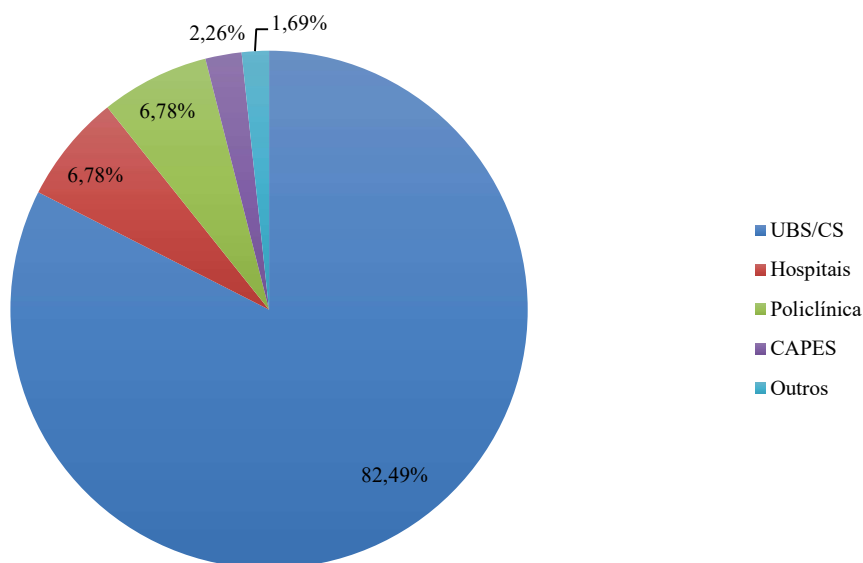
Profissional (conforme CBO) (grupo de ações de promoção e prevenção em saúde)	Ano			Total
	2017	2018	2019	
Médico acupunturista	4911	1212	72	6195
Médico clínico	122	47	-	169
Médico da estratégia de saúde da família	4	-	-	4
Médico de família e comunidade	2	-	-	2
Médico generalista	10329	-	-	10329
Médico ginecologista e obstetra	34	-	250	284
Médico homeopata	44	58	136	238
Médico nefrologista	-	-	26	26
Médico pediatra	486	837	1778	3101
Psicólogo clínico	184	23	51	258
Técnico de enfermagem	62	340	-	402
Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família	10	-	-	10
Terapeuta ocupacional	26	1	133	160
Total	21722	4043	8453	34218

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Os dados provenientes do CNES evidenciaram que 177 estabelecimentos de saúde no SUS-DF ofertavam PIC nas diversas regiões administrativas do DF, o que equivaleu a 9,50% do total de 1864 serviços vinculados ao CNES no contexto de atendimento ambulatorial (vale lembrar que, independentemente de onde as PIC são realizadas, o vínculo é de atendimento ambulatorial), considerando a competência de outubro de 2019. Dos 177 estabelecimentos, a maioria era referente a Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centro de Saúde (CS) (n=146; 82,49%) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos tipos de estabelecimentos ofertantes de PIC no DF (competência de outubro de 2019).



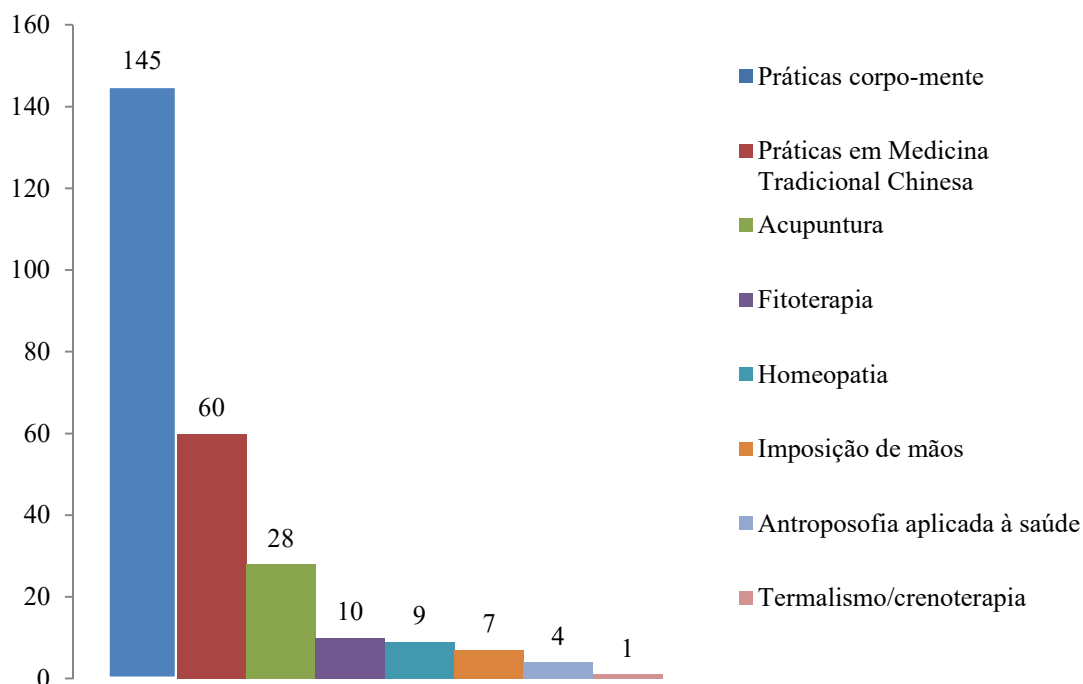
CS: Centro de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Outros: Unidade de Pronto-Atendimento, clínica/ centro de especialidade e a central de radiologia.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em: 21.10.2019.

As práticas corpo-mente (shantala, massagem, meditação, reflexoterapia, reiki e quiropraxia) foram as mais referidas como ofertadas pelos estabelecimentos (81,92% dos estabelecimentos; n=145), seguidas das práticas em medicina tradicional (33,9%; n= 60 estabelecimentos) e acupuntura (com inserção de agulhas, com aplicação de ventosas/moxa e eletroestimulação) (15,82%; n=28) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos tipos de PIC ofertadas nos estabelecimentos assistenciais na RAS pública do DF.



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em: 21.10.2019.

Discussão

A inclusão das PIC no SUS de maneira efetiva tem sido lenta¹⁷. O atraso do avanço desses serviços pode ser devido à falta de compromissos, de acompanhamento e monitoramento e de estratégias para garantir a execução da política. O desconhecimento da PNPIC tanto por parte dos profissionais quanto pelos cidadãos, a falta de execução de atribuições dos gestores, a não determinação dos parâmetros de monitoração e de recursos são igualmente pontos que impedem o avanço das práticas alternativas, as quais correspondem a um recurso estratégico para redução dos riscos de tratamentos, geração de economia em consequência da diminuição dos custos de medicamentos e insumos^{7, 17}.

O relatório de gestão 2006/2010 das PIC no SUS^{18, 19} reforça os desafios da implementação da política nacional: a institucionalização da avaliação da atenção básica, as especificidades de cada componente e os níveis do sistema; o fornecimento dos insumos (medicamento homeopático/fitoterápicos/agulhas para acupuntura, o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS e o

investimento em pesquisa e desenvolvimento para integrar saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento, desenvolvendo assim projetos humanizados, integrais e transdisciplinares. Além disso, a instituição das PIC no SUS também é considerada um desafio para os gestores públicos, principalmente devido ao financiamento insuficiente, à escassez de espaços para implementação de novas terapias e, ainda, à dificuldade de conexão entre as PIC e o modelo curativo²⁰. Todos esses fatores podem justificar a proporção baixa de PIC em comparação aos procedimentos assistenciais referidos no SIA-SUS.

O Brasil utiliza uma ampla rede de sistemas de informações em saúde com a maioria de suas informações acessíveis. O DATASUS é um dos principais sistemas de interesse à saúde do Brasil, pois processa produções assistenciais de AB e média e alta complexidade compondo, assim, um banco de dados nacional de atendimentos. Dessa forma, registrados de maneira correta, geram confiabilidade para instrumento de acompanhamento, de avaliação do desempenho em serviços de saúde, de desenvolvimento de ações direcionadas e de formulação de políticas públicas²¹.

Somando os fatores, deve-se referir a possibilidade do uso inadequado do sistema em termos de não serem efetivamente reportadas as PIC no sistema (seja no SIA-SUS seja no e-SUS atualmente), levando a um quadro de sub-registro, tendo em vista, por exemplo, que há estabelecimentos que ofertam práticas de homeopatia e fitoterapia, entretanto, não há registros de tais práticas nos sistemas de informação. A integração das informações dos sistemas de informação do SUS é fundamental para a autenticidade dos dados. Todavia, sabe-se da dificuldade de atuar de acordo com os processos normativos do DATASUS devido à presença de diversos núcleos autônomos. Pesquisas apontam que o uso indevido desses sistemas é causado principalmente pela falta de qualificação dos profissionais que o gerenciam e pelo preenchimento incorreto dos dados, o que compromete os indicadores de saúde²².

As práticas alternativas são de caráter multiprofissional. Entretanto, os dados relacionados aos profissionais executores das PIC são imprecisos devido a mudanças na CBO, à nova opção de cadastramento no CNES e aos procedimentos realizados por profissionais não vinculadas às PIC. A classe médica possui elevado quantitativo de procedimentos realizados, independentemente da ampliação de profissionais da saúde passíveis de atuação após a PNPIC, a classe não médica continua não obtendo avanços significativos de procedimentos.

Nas práticas de ações de promoção e prevenção em saúde com ações coletivas/individuais, as PIC possuem outros profissionais com uma boa atuação (auxiliar de enfermagem, assistente social, enfermeiro). No entanto, o profissional com maior número de procedimentos realizados continua sendo o médico. Isso pode ser devido à falta de formação e qualificação profissional dos outros cursos da saúde acerca de terapias alternativas e da falta de cursos profissionalizantes relacionados.

Quanto a essa discussão, Tesser, Souza & Nascimento (2018), referem importante fato: a maioria dos executores das PIC é profissional usual da APS, por iniciativa própria, o qual tende a desempenhar papel de destaque nesse contexto e o acesso às PIC fica restrito ao local onde esse profissional atua. Quando considerado o profissional farmacêutico, por exemplo, dentre as práticas analisadas desde o ano de 2008 até 2019 não houve registros de nenhuma PIC realizada pelo mesmo, sendo que esse profissional só não pode atuar na ozonioterapia aplicada à odontologia por ser restrita aos cirurgiões dentistas. Assim, nota-se a necessidade de readequação de normas para regulamentar os profissionais e de incentivo a utilização das PIC e suas formações para ampliar o pluralismo terapêutico dos profissionais.

Além disso, a inserção do tema no ensino é pouca e, apesar de haver pesquisas na área, há poucas publicações²³. Ademais, as PIC preveem que os profissionais de saúde estejam alinhados quanto à dinâmica de cuidado integral com necessidade de ir além da formação básica e desenvolver competências de cunho colaborativo²⁴.

As PICS podem ser ofertadas no SUS em todos os âmbitos da atenção à saúde, contudo, a PNPIC estimula que essas práticas sejam implantadas prioritariamente na AB²⁵. No Distrito Federal tal fato torna-se perceptível com o elevado percentual de unidades básicas e centros de saúde com disponibilidade de PIC, sendo esses os principais locais destinados ao atendimento na atenção primária. As sessões de acupuntura com inserção de agulhas, sessões de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa e sessão de eletroestimulação são financiadas por um fundo pertencente à média complexidade, o que as insere nesse âmbito. O crescimento das PIC no DF deve ser destacado como reflexo da tentativa de implementação de uma política distrital local relacionada à temática. Isso é positivo tendo em vista que o crescimento na oferta das PIC não vem acontecendo de forma igualitária nas regiões do país¹⁷, e mesmo dentro de uma mesma região ou estado, como evidenciado por Losso & Lopes (2018) em estudo também com dados secundários referentes às práticas de acupuntura no estado de Santa Catarina²⁶.

A PNPIC traz diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos diversos serviços. Compete ao gestor municipal/ distrital/ local elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede local de saúde e definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação das práticas integrativas. Dessa maneira, é de competência do município a contratação dos profissionais e a definição das práticas a serem ofertadas²⁷.

O DF possui 177 estabelecimentos ofertantes de serviços de terapias integrativas/complementares e alternativas, o que equivale a menos de dez por cento dos serviços e corrobora a discussão sobre a necessidade de afirmação dessas práticas como alternativas terapêuticas viáveis e efetivas. A maior parte oferta serviços de AB, principalmente práticas corpo-mente (shantala, massagem, meditação, reflexoterapia, reiki, quiropraxia e osteopatia) e práticas em medicina tradicional chinesa. Os profissionais dessas terapias podem exercer qualquer ocupação da área da saúde o que se torna uma vantagem para a implementação dessas em diversos estabelecimentos. No entanto, cabe ressaltar que, apesar das práticas corpo-mente terem referência de oferta em uma maior proporção de estabelecimentos, foi a prática de acupuntura que apresentou maior proporção de procedimentos realizados.

É importante referir que, apesar de um considerável quantitativo de estabelecimentos ofertarem práticas de fitoterapia e homeopatia, o SIA-SUS não apresenta dados referentes na atual versão a partir do ano de 2008. Ao analisar dados anteriores à essa versão, apresentou-se dados constantes da prática de homeopatia até o ano de 2007. Em 2008, o código de consulta em homeopatia foi alterado para tratamento homeopático, contudo, não houve mais registros no sistema usado como base para essa pesquisa.

Ademais, a terapia com fitoterápicos no DF não possui consultas registradas no sistema de informação ambulatorial. Assim como outras práticas assistenciais executadas no contexto da AB, essas práticas são reportadas atualmente via e-SUS (SUS eletrônico – estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional) e processadas pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) desde agosto de 2017, cujos relatórios e dados não se encontravam públicos quando da realização da presente pesquisa. Esse fato, inclusive, pode ser uma das justificativas para baixa proporção de PIC no SIA de 2017 em diante no contexto da AB, correspondendo, portanto, a uma

limitação importante desse estudo e, em paralelo, caracterizando uma lacuna para desenvolvimento de pesquisas futuras.

Conclusão

As práticas integrativas/ complementares e alternativas concentram-se nos serviços de média complexidade em que a sessão de acupuntura com inserção de agulhas destaca-se com 55,94% de procedimentos registrados. Na atenção básica, âmbito de prioridade de inserção dessas práticas, as práticas corporais em medicina tradicional chinesa possuem sua notoriedade com 48,64% do total de procedimentos do grupo em que está inserido. As PIC possuem caráter multiprofissional, o que simplifica a inserção dessas nos diversos estabelecimentos da rede de saúde pública. Entretanto, há o predomínio da classe médica entre os profissionais atuantes.

A PNPIC é benéfica ao usuário por ser uma política de inclusão terapêutica com método desmedicalizante que aborda práticas com fatores diagnóstico-terapêuticos diferentes da medicina convencional, além do baixo nível de efeitos adversos. À gestão, fornece vantagens com a redução de gastos públicos devido ao baixo custo desses recursos terapêuticos e o direcionamento de medicamentos para casos em que haja realmente necessidade de uso. Entretanto, a PNPIC não tem se efetivado em termos práticos como deveria.

A desinformação tanto pelos profissionais (gestores e/ou profissionais da saúde) quanto dos usuários do SUS e a predominância da medicina convencional são obstáculos importantes para que essas práticas tenham o devido reconhecimento. Portanto, é fundamental divulgar informações sobre PIC e seus benefícios, possibilitar ações (oficinas, mesas de conversas, debates, congressos, simpósios) tanto entre os próprios profissionais como entre profissionais e usuários do SUS e incentivar a qualificação e desenvolvimento das mais variadas classes profissionais envolvidas.

Os gestores devem, principalmente, se informar acerca das terapias integrativas/ complementares e alternativas, tornar prioridade a implantação de PIC nos estabelecimentos de saúde, ampliar acesso e garantir as condições essenciais para realização das terapias em todos os níveis de atenção, principalmente na AB. Outra responsabilidade se refere aos dados informatizados, estes que não estão sendo

devidamente reportados tendo em vista as diversas limitações, falta de integralidade entre os sistemas e indisponibilidade de dados.

Portanto, a credibilidade das PIC no SUS será oriunda de uma cooperação entre os diversos profissionais e gestores engajados em tornar de acesso a todos esses recursos terapêuticos. Entretanto, há barreiras econômicas e sociais dadas à supremacia de métodos convencionais que interferem na aceitação e implantação das práticas integrativas/complementares e alternativas. Apesar das limitações decorrentes do tipo de estudo, publicações relacionadas são importantes e necessárias para embasar a legitimidade das PIC e seu crescimento em termos práticos, não só em termos frequencionais, mas, em termos de avaliação de efetividade e qualidade.

Referências

1. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*. 2009; 16(2): 393-405.
2. Telese Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* 2016; 30(86):99-112.
3. Dacal MPO, SILVA IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde Debate*. 2018; 42 (118): 724-735.
4. Souza LPS, Teixeira FL, Diniz AP, Souza AG, Delgado LHV, Vaz AM, Vieira, PMO, Rodriguez OS. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. *Rev. Mult. Psic.* 2017; 11, (38): 177:198.
5. Gomes Junior SCS, Almeida RT. Modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à assistência oncológica no sistema público de saúde. *Rev.panam.salud publica.* 2009; 25(2): 113-119.
6. Nietzsche EA. *Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.14;92.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde [livro online]. Brasília, DF, 1986

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
10. Brasil. 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 de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União.
11. Ferraz LHVC. O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa. Rio de Janeiro s.n, 2009.
12. Amorim AS, Pinto Junior VL, Shimizu HE. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. Saúde debate 2015; 39(105): 350-362.
13. Brasil. Ministério da Saúde. SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Acesso em: nov. 2019. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) [homepage na Internet]. Brasília – DF. Acesso em: nov. 2019. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
15. Brasil. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [homepage na Internet]. Brasília – DF. Acesso em: nov. 2019. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>
16. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SIGTAP Procedimentos x CBO [homepage na Internet]. Acesso em: nov. 2019. Disponível em http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/relatorio/procedimentoCategoriaCBO/publicados_
17. Dacal MPO, SILVA IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. Saúde Debate. 2018; 42 (118): 724-735.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão 2006/2010 - Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília-DF: MS; 2011

19. Ischkanian PC, Pelicioni, MCF. Challenges of complementary and alternative medicine in the SUS aiming to health promotion. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2012; 22(2): 233-238.
20. Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Complementary therapies as resources for mental health in Primary Health Care. *Rev GaúchaEnferm* [Internet]. 2017; 38(4):e2017-0014.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Plano Diretor de Tecnologia da Informação 2016. Acesso em: Nov.2019. Disponível em http://datasus.saude.gov.br/images/0305_PDTI.pdf.
22. Lima AC, Januário MC, Lima PT, Silva WM. DATASUS: O uso dos sistemas de informação na saúde pública. *Revista da FATEC Zona Sul.* 2015; 1(3): 16-31.
23. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde Debate.* 2018; 42: 174-188.
24. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde Debate.* 2018; 42: 163-176.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília:Ministério da Saúde, 2018. 56 p.
26. Losso LN, Lopes SS. Análise da oferta e produção de atendimento em acupuntura na atenção básica em Santa Catarina. *Tempus actas de saúde colet.* 2018; 11(2), 159-177.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem. [homepage na Internet]. Acesso em: nov. 2019. Disponível em <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>.

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO



Rodrigo Fonseca <drigofl@gmail.com>

[TEMPUS] Agradecimento pela Submissão

1 mensagem

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (Editora Executiva)

26 de novembro de 2019

<juliocesar.unb@gmail.com>

13:27

Para: Rodrigo Rodrigo Fonseca Lima <drigofl@gmail.com>

Rodrigo Rodrigo Fonseca Lima,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Práticas integrativas e complementares na Rede de Atenção à Saúde pública do Distrito Federal – Brasil" para Tempus Actas de Saúde Coletiva. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/author/submission/2695>

Login: rodrigofonseca

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (Editora Executiva)

Tempus Actas de Saúde Coletiva

Tempus Actas de Saúde Coletiva<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus>

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES

[Para leitores](#)
[Para Autores](#)
[Para Bibliotecários](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca
 Todos

Procurar
[Por Edição](#)
[Por Autor](#)
[Por título](#)
[por Seção](#)

Ajuda do sistema

EDIÇÃO ATUAL

ATOM 1.0
 RSS 2.0
 RSS 1.0

NOTÍCIAS

 Logo Atom
 Logo RSS2
 Logo RSS1

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL
 ANTERIORES NOTÍCIAS ##SUBMISSÃO## ##EQUIPE
 EDITORIAL##

[Capa](#) > [Sobre a revista](#) > [Submissões](#)

SUBMISSÕES

- [Submissões Online](#)
- [Diretrizes para Autores](#)
- [Declaração de Direito Autoral](#)
- [Política de Privacidade](#)

SUBMISSÕES ONLINE

Já possui um login/senha de acesso à revista Tempus Actas de Saúde Coletiva?
[ACESSO](#)

Não tem login/senha?
[ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

DIRETRIZES PARA AUTORES

A **Tempus - Actas de Saúde Coletiva** recebe permanentemente trabalhos de autores brasileiros ou estrangeiros, desde que estejam de acordo com o escopo da revista. A revista publica trabalhos enviados pelos autores de forma espontânea ou artigos de autores convidados e aprovados pelo conselho editorial.

Os manuscritos DEVEM ser enviados em inglês e português ou inglês e espanhol, seguindo as orientações e normas da revista (Bilingue: inglês e outro idioma). A versão traduzida para o inglês poderá ser enviada após concluído o processo de avaliação pelos revisores da revista.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

Não há custos para submissão, avaliação ou processamento dos artigos.

Os conteúdos deverão atender aos seguintes gêneros de informação:

- 1.1 Artigos originais nas seguintes linhas temáticas: avaliação de situação de saúde, estudos etiológicos, avaliação epidemiológica de serviços, programas e tecnologias e avaliação da vigilância epidemiológica (número máximo de 20 páginas excluindo referências, tabelas e figuras);
- 1.2 Artigos de revisão crítica sobre tema relevante para a saúde pública ou de atualização em um tema controverso ou emergente (número máximo de 20 páginas);
- 1.3 Relatórios de reuniões ou oficinas de trabalho realizadas para a discussão de temas relevantes à saúde pública - suas conclusões e recomendações (número máximo de 20 páginas);
- 1.4 Cartas ao editor, comentários, ou artigos de opinião (reflexão) curtos, abordando temas específicos;
- 1.5 Entrevistas;
- 1.6 Resenhas (01 lauda) pequenos resumos de novas publicações sobre os diversos aspectos da saúde pública e temas afins. (Os leitores são convidados a enviar resenhas de obras sobre temas no campo de sua atuação e competência, observando as normas para a redação de resenhas da Tempus e sua política editorial);
- 1.7 Resumos de teses e dissertações - defendidas em universidades brasileiras (ou não) com no máximo 01 lauda. Deve conter título da tese, autor, orientador, data da defesa, e local disponível para consulta ao documento com link.

Todo trabalho submetido recebe no ato da submissão um número de identificação (ID) que deve ser usado nas consultas ao Editor.

IDIOMA

Selecione o idioma
 Português (Brasil) ▾

TAMANHO DE FONTE

PALAVRAS-CHAVE

[Agentes comunitários de saúde](#)
[Atenção Primária à Saúde](#)
[Atenção Primária à Saúde](#)
[Biodiversidade](#)
[Educação Permanente em Saúde](#)
[Educação em Saúde](#)
[Epidemiologia](#)
[Estratégia Saúde da Família](#)
[Gestão em Saúde](#)
[Mais Médicos](#)
[Profissional da Saúde](#)
[Recursos Humanos em Saúde](#)
[Saúde Coletiva](#)
[Saúde Coletiva, Informação e Comunicação em Saúde](#)
[Tecnologia da Informação](#)
[Saúde Pública](#)
[Saúde da Família](#)
[Sistema Único de Saúde](#)
[Sistema Único de Saúde](#)
[saúde](#)
[saúde mental](#)

USUÁRIO

Logado como:
rodrigofonseca
[Perfil](#)
[Sair do sistema](#)

OPEN JOURNAL SYSTEMS

NOTIFICAÇÕES

[Visualizar](#)
[Gerenciar](#)

Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal.

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Ao Editor Científico da Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva

Declaração de Conflitos de Interesse

Eu, Nós (nome (nomes) por extenso), autor (es) do manuscrito intitulado (título), declaro (amos) que possuo (imos) () ou não possuo (imos) () conflito de interesse de ordem:

- () financeiro,
- () comercial,
- () político,
- () acadêmico e,
- () pessoal,

Declaro (amos) também que o apoio financeiro e (ou) material recebido para o desenvolvimento deste trabalho estão claramente informados no texto.

As relações de qualquer tipo que possam levar a conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo.

Local, data:

..... de de de 201...

Autores: (nomes e assinaturas)

2 ESTRUTURA DO ARTIGO

2.1 Título e subtítulo

O título e subtítulo (se houver) devem figurar na página de abertura do artigo, separados por dois-pontos (:).

Devem constar também o título em inglês e espanhol.

2.2 Resumo em português, inglês e espanhol

Elemento **obrigatório**, constituído de uma sequência de frases concisas e objetivas e não de uma simples enumeração de tópicos, não ultrapassando **250 palavras**, seguido, logo abaixo, das palavras representativas do conteúdo do trabalho, isto é, palavras-chave e/ou descritores, separadas por vírgula.

2.3 Palavras-chave em português, inglês e espanhol

As palavras-chave ou descritores utilizados para representar o conteúdo do documento devem ser separadas por vírgula e devem ser consultados no vocabulário estruturado criado pela BIREME - Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) - disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br/>.

2.4 Elementos textuais

a) Introdução: Parte inicial do artigo, onde devem constar a delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do artigo.

b) Desenvolvimento: Parte principal do artigo, que contém a exposição ordenada e pormenorizada do assunto tratado. Divide-se em seções e subseções, numeradas conforme a NBR 6024, que variam em função da abordagem do tema e do método.

c) Conclusão: Parte final do artigo, na qual se apresentam as conclusões correspondentes aos objetivos e hipóteses.

2.5 Citação e Referências no estilo Vancouver

a) Os documentos devem seguir obrigatoriamente o estilo Vancouver de citação e elaboração de referências.

b) Citações: devem ser feitas no decorrer do texto numeradas sequencialmente, com números arábicos, em sobrescrito.

c) Referências: devem ser listadas de acordo com a ordem das citações que aparecem no texto.

Exemplo 1 - Citação no texto:

...Williams syndrome (WS) is a rare genetic disorder (1 in 7,500 to 1 in 20,000 live births^{1,2}) caused by a microdeletion at 7q11.23. The effects include facial dysmorphism, cardiovascular abnormalities and an unusual cognitive and psychological profile³. Individuals with WS show mild to moderate levels of learning difficulty (Average IQ 55 range 44-90)⁴...

Referências:

1. Morris CA, Mervis CB. Williams syndrome. In: Goldstein S, Reynolds CR, editors. Handbook of neurodevelopmental and genetic disorders in children. New York: Guilford; 1999. p. 555-90.
2. Stromme P, Bjornstad PG, Ramstad K. Prevalence estimation of Williams Syndrome. J Child Neurol. 2002;17:269-71.
3. Lenhoff HM, Wang PP, Greenberg F, Bellugi U. Williams Syndrome and the brain. Sci Am. 1997;277(6):68-73.
4. Bellugi U, Lichtenberger L, Jones W, Lai Z, St. George M. The neurocognitive profile of Williams syndrome: a complex pattern of strengths and weaknesses. J Cog Neuroscience. 2000;12(Suppl. 1):7-29.

Exemplo 2 - Citação no texto:

...A septicemia é uma complicação que pode ocorrer após a transfusão de

plaquetas com contaminação bacteriana. Há vários casos relatados associando sepse após infusão plaquetária^{1,18,19,21-24}...

Referências:

1. Niu MT, Knippen M, Simmons L, Holness LG. Transfusion-transmitted *Klebsiella pneumoniae* fatalities 1995 to 2004. *Transfus Med Rev.* 2006;20:149-57.
...
18. Walther-Wenke G, Schrezenmeier H, Deitenbeck R, Geis G, Burkhart J, Höchsmann B, et al. Screening of platelet concentrates for bacterial contamination: spectrum of bacteria detected, proportion of transfused units, and clinical followup. *Ann Hematol.* 2010;89:83-91.
19. Hsueh JC, Ho CF, Chang SH, Pan FZ, Chen SC, Shi MD, et al. Blood surveillance and detection on platelet bacterial contamination associated with septic events. *Transfus Med.* 2009;19:350-6.
...
21. Muder RR, Yee YC, Rihs JD, Bunker M. *Staphylococcus epidermidis* bacteremia from transfusion of contaminated platelets: application of bacterial DNA analysis. *Transfusion.* 1992;32:771-4.
22. Fang CT, Chambers LA, Kennedy JM, Strupp A, Fucci MC, Janas JA, et al. Detection of bacterial contamination in apheresis platelet products: American Red Cross experience, 2004. *Transfusion.* 2005;45:1832-5.
23. Chang AH, Kirsch CM, Mobashery N, Johnson N, Levitt LJ. *Streptococcus bovis* Septic Shock Due to Contaminated Transfused Platelets. *Am J Hematol.* 2004; 77:282-286.
24. Coutinho H, Galloway A, Ajdukiewicz K, Cleeve V. Platelet contamination causing *Staphylococcus aureus* septicaemia. *J Clin Pathol.* 2010;63:262-263.

Para elaboração das referências ver:

Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. Disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>.

2.6 Glossário (se houver)

Lista em ordem alfabética de palavras ou expressões técnicas de uso restrito ou de sentido obscuro, utilizadas no texto, acompanhadas das respectivas definições.

2.7 Apêndice(s) (se houver)

Texto ou documento elaborado pelo autor, a fim de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho.

2.8 Anexos(s) (se houver)

Texto ou documento não elaborado pelo autor, que serve de fundamentação, comprovação e ilustração.

3 APRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS ARTIGOS

3.1 Margem

As páginas devem apresentar margem:

- esquerda e superior de 3cm;
- direita e inferior de 2 cm.

3.2 Fonte

Times New Roman ou Arial.

3.2.1 Tamanho

- a) Fonte 14 para: Títulos e título das seções do artigo.
- b) Fonte 12 para: Texto.
- c) Fonte 10 para: Citações longas; Notas de rodapé; Referências; Legendas das ilustrações; Dados das tabelas e Referências.

3.2.2 Negrito

Para hierarquização e identificação das seções podem ser adotados os recursos: Negrito e Negrito e itálico.

3.2.3 Itálico

- a) Utilizado para destacar palavras ou frases em idioma estrangeiro;
- b) Para destacar trecho de falas.

3.3 Espaçamento

- a) No texto o espaçamento de linhas deve ser 1,5 linha;
- b) Espaço simples nas citações longas, notas de rodapé, legendas das ilustrações, tabelas, resumo, abstract e resumen;
- c) As referências também devem ser digitadas em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.

3.4 Numeração das seções (se houver) - NBR 14724, 2005

- a) Indicativo numérico das seções: precede seu título alinhado à esquerda separado por um espaço de caractere;
- b) Títulos das seções: devem ser separados do texto que os sucede por dois espaços simples;
- c) Títulos das subseções: devem ser separados do texto que os precede e os sucede por um espaço simples.

3.5 Abreviaturas e siglas

Quando aparecem no texto pela primeira vez, coloca-se seu nome por extenso, acrescentando a sigla/abreviatura, entre parênteses "()".

Exemplos: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT); Sistema Único de Saúde (SUS);

3.6 Ilustrações

- a) A identificação de tabelas, gráficos, quadros, fotografias, fluxogramas, organogramas, esquemas, desenhos, mapas, etc., aparece na parte superior, com cada item designado por seu nome específico, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto em algarismos arábicos. Recomenda-se a

elaboração de listas próprias para cada tipo de ilustração. (tabela, gráficos, quadros, etc). A ilustração deve ser inserida o mais próximo possível do texto a que se refere;

b) Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto (eps) com uma cópia em pdf.

3.7 Tabelas

- a) Número: As tabelas devem ter um número em algarismo arábico, sequencial, inscritos na parte superior;
- b) Título: deve conter um título por extenso, inscrito no topo da tabela, para indicar a natureza e abrangência do seu conteúdo;
- c) Fonte: a fonte deve ser colocada imediatamente abaixo da tabela em letra maiúscula/minúscula para indicar a autoridade dos dados e/ou informações da tabela;
- d) Notas: Indica-se em notas, logo após a indicação da fonte, esclarecimentos a respeito do conteúdo das tabelas, por exemplo, as siglas da tabela, após o fio (linha) de fechamento;
- e) Devem ter uniformidade gráfica referentes a: tipos de letras e números, uso de maiúsculas e minúsculas e sinais gráficos utilizados;
- f) Se a tabela for muito longa que não possibilite o sentido vertical, poderá ser dividida e colocada em páginas confrontantes, na mesma posição e dimensões, incluindo após o título a designação contínua, continuação e conclusão.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista, caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a cópia do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (em seres humanos ou animais).
4. Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a Declaração de Transferência de Direito Autoral e a Declaração de conflitos de interesse assinada por todos os autores do trabalho.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre da Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.
7. Envio(amos) em arquivo anexo (metadados) a indicação de nome e afiliação (maior título, profissão, instituição onde exerce - Depto. Curso/ Universidade - dos autores. E endereço postal completo e eletrônico (email) do autor principal.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

A **Tempus** garante critérios rigorosos, por meio de avaliação sistemática. Os autores se responsabilizam pela veracidade e ineditismo do trabalho cabendo a eles a cessão de direitos de publicação à revista. A confiabilidade dos conteúdos e a marca própria de apresentação tem como objetivo uma comunicação personalizada, adaptada aos padrões da revista, na medida em que adota critérios de excelência exigidos por seus usuários e especialistas, considerando os rigores da comunicação científica.

Os autores devem especificar sua contribuição individual na concepção, delineamento, execução do trabalho, análise ou interpretação dos dados, redação e aprovação final do manuscrito. Incluir Fontes de financiamento e de apoio logístico das pesquisas.

Ao final da submissão do artigo, os autores devem enviar uma declaração de cessão de direitos de publicação à Revista TEMPUS, assinada e no formato PDF (Portable Document Format): [Modelo da declaração de cessão de direitos](#).

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva (ISSN 1982-8829).

Revista coordenada pela Unidade de Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB).



This work is licensed under a [Creative Commons Atribuição-Uso não-comercial-Compartilhamento pela mesma licença 3.0 Unported License](#).

