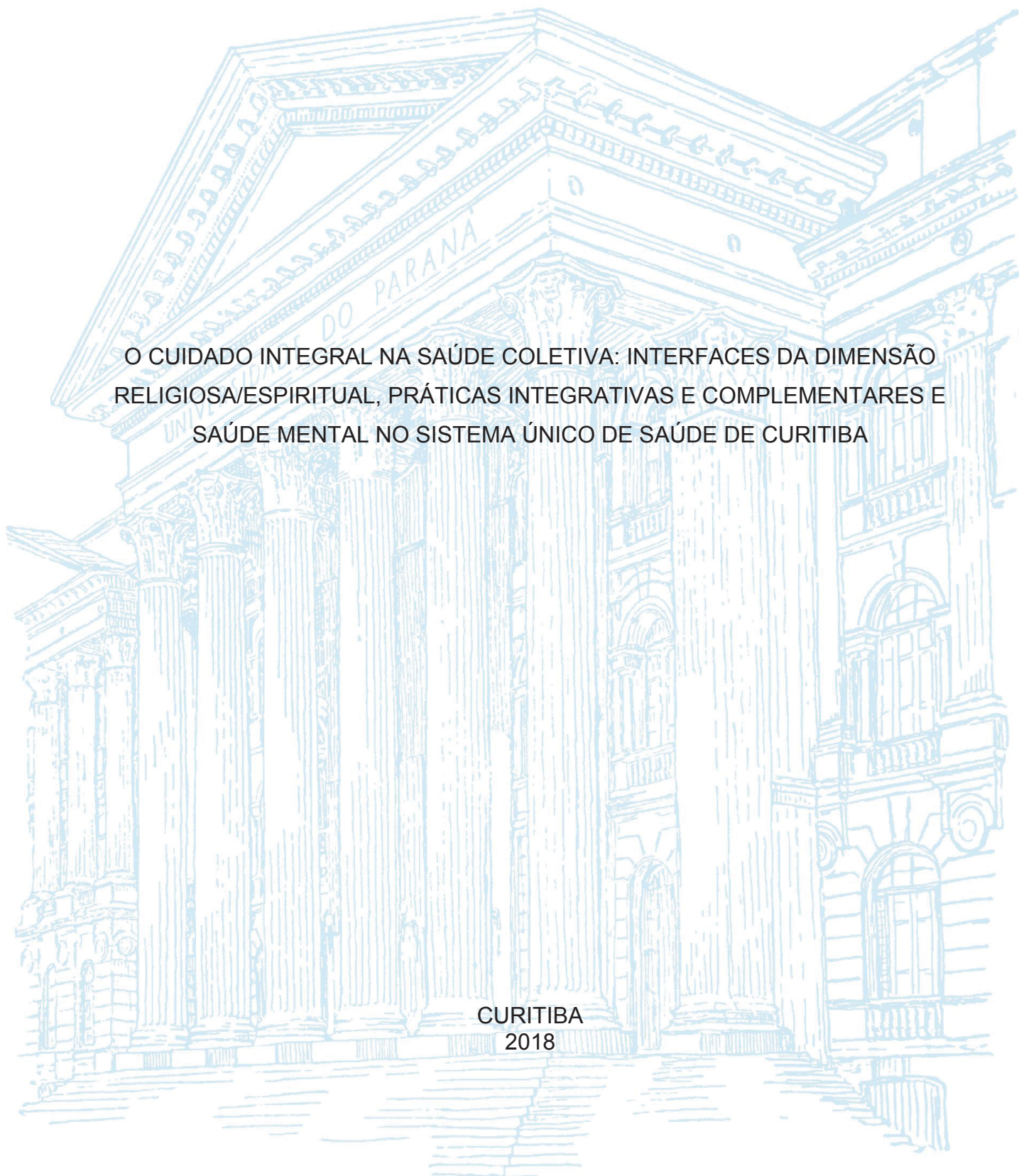


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIANA ELISABETE SAVARIS

O CUIDADO INTEGRAL NA SAÚDE COLETIVA: INTERFACES DA DIMENSÃO
RELIGIOSA/ESPIRITUAL, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E
SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA

CURITIBA
2018



LUCIANA ELISABETE SAVARIS

O CUIDADO INTEGRAL NA SAÚDE COLETIVA: INTERFACES DA DIMENSÃO
RELIGIOSA/ESPIRITUAL, PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E
SAÚDE MENTAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE CURITIBA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Milene Zanoni da Silva

CURITIBA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS – SIBI/UFPR,
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – SD, BIBLIOTECÁRIO FRANCISCO JOSÉ CORDEIRO
CRB9/1734, COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR.

S265 Savaris, Luciana Elisabete
O cuidado integral na saúde coletiva: interfaces da dimensão religiosa/espiritual,
práticas integrativas e complementares e saúde mental no Sistema Único de Saúde
de Curitiba / Luciana Elisabete Savaris. – Curitiba, 2018.
117 f.: il.

Orientadora: Profª Drª Milene Zanoni da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva.
Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

1. Saúde pública – Brasil. 2. Saúde mental. 3. Espiritualidade. 4. Religião e
psicologia. 5. Cura mental – psicologia. 6. Terapias complementares – psicologia –
Brasil. 7. Terapias espirituais – psicologia. 8. Terapias mente-corpo – psicologia. 9.
Sistema Único de Saúde – utilização – Brasil. 10. Assistência integral à saúde –
utilização. I. Silva, Milene Zanoni da. II. Programa de Pós – Graduação em Saúde
Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

NLMC: WB 880



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LUCIANA ELISABETE SAVARIS** intitulada: **O cuidado integral na Saúde Coletiva: Interfaces da dimensão Religiosa/Espiritual, Práticas Integrativas e Complementares e a Saúde Mental no Sistema Único de Saúde de Curitiba**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 03 de Julho de 2018.

MILENE ZANONI DA SILVA

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

YANNA DANTAS RATTMANN

Avaliador Interno (UFPR)

MARY RUTE GOMES ESPERANDIO

Avaliador Externo (PUC/PR)

DEDICATÓRIA

A minha querida orientadora Dr^a Milene Zanoni da Silva, profissional de extrema competência e sensibilidade, que me guiou durante todas as etapas deste percurso, incansavelmente me acolhendo, me incentivando, me trazendo luz nos momentos mais difíceis, meu agradecimento por ter me aceito, por ter me permitido essa conquista, mas acima de tudo, por ter me feito lembrar que é preciso sonhar e plantar jardins!

Todo jardim começa com um sonho de amor.

*Antes que qualquer árvore seja plantada
ou qualquer lago seja construído,*

*é preciso que as árvores e os lagos
tenham nascido dentro da alma.*

*Quem não tem jardins por dentro,
não planta jardins por fora
e nem passeia por eles...*

Rubem Alves

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu querido Diogo Kerne Gaudencio. Seu apoio, compreensão, carinho e cuidado foram fundamentais. Tê-lo comigo todos os dias faz a vida ser muito melhor, você é meu presente de Deus!

A todos os docentes do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pelos valorosos ensinamentos e aos meus colegas de jornada.

Aos membros da banca Dra. Mary, Dra. Yanna, Dro. Adriano, profissionais admiráveis e inspiradores.

A Secretaria Municipal de Saúde que permitiu a realização da pesquisa e em especial a toda equipe do Distrito Sanitário Tatuquara que me acolheu com muito afeto.

A Patrícia Audrey que me incentivou a percorrer esse caminho, minha “madrinha de mestrado”.

A equipe de coleta Andressa, Anna, Carla e todos que ajudaram no percurso, em especial Beatriz Boger. Sem vocês o caminho teria sido muito mais árduo. Vocês foram fundamentais.

Ao meu pai Constante Savaris exemplo de vida, minha mãe (in memoriam), irmão, sogros e cunhada pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos por entenderem minhas ausências, pelo estímulo e confiança.

Agradeço a **Deus** energia, força, sentido e transcendência, que me permitiu uma vida tão abençoada.

Muito Obrigada!

“No fundo, existe apenas um único problema neste mundo: como fazer com que o homem encontre de novo o sentido espiritual da vida, como provocar a nós mesmos para que retomemos o caminho que nos faz olhar nossas próprias almas.”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O objetivo do estudo foi refletir acerca da relevância da espiritualidade e religiosidade (E/R) para o cuidado em saúde a partir da interface com as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho está estruturado no formato de 2 artigos científicos. Para tanto, realizou-se estudo documental retrospectivo, através da leitura sistemática e análise dos relatórios finais das Conferências Municipais de Saúde (CMS) de Curitiba entre os anos 2005 a 2015, identificando propostas de implantação da Política de Práticas Integrativas e Complementares neste município. Também ocorreu pesquisa de campo, com delineamento transversal, exploratório e observacional em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um dos Distritos Sanitários de Saúde de Curitiba entre junho e setembro de 2017. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 240 profissionais das diferentes categorias que compõem as ESF. Investigou-se crenças E/R destes profissionais, sua percepção referente a relação E/R e Saúde e por fim, seu conhecimento e aceitação das PICS. Constatou-se através dos Relatórios Finais das CMS a fragilidade e incipiência de propostas para efetivação de uma Política Municipal de PICS, além de que, as propostas apresentadas não contemplam os nós críticos da política: financiamento, qualificação e pesquisas. Na pesquisa de campo identificou-se que os profissionais na sua maioria desconhecem a Política Nacional de Práticas Integrativas, mas demonstram interesse e aceitação das PICS, acreditando que sua implantação traria benefícios para os usuários, tais como: melhora na condições de saúde mental, dores crônicas e diminuição no uso de medicação. Referente a investigação das crenças e percepção da relação E/R e saúde, os achados demonstram que os profissionais de saúde entrevistados em sua maioria acreditam que problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para religião e que os pacientes gostariam de trazer as questões E/R para o tratamento, porém, poucos abordam essa dimensão no cuidado, e na sua maioria afirmam a necessidade de formação sobre o tema. A pesquisa evidenciou ainda, que profissionais que tem envolvimento com PICS sentem-se mais confortáveis em abordar questões E/R durante o tratamento, comparativamente aos que não tem envolvimento com PICS. Com esses dados conclui-se que embora exista a percepção por parte dos profissionais da relevância do tema E/R para saúde, essa dimensão ainda é pouco integrada no cuidado, e que não foi efetivada uma Política Municipal de PICS no município, sendo necessário investir tanto em formação sobre o tema, assim como, em estratégias e tecnologias que possibilitem essa integração. Sugere-se que a implantação de uma Política Municipal de PICS poderá beneficiar o cuidado integral, sendo que estas valorizam as diferentes dimensões do humano, bem como, consideram e valorizam as crenças e saberes do usuários, considerando por fim, as evidências de diversos benefícios das PICS e em especial na esfera psíquica das pessoas.

Palavras-chave: “Saúde Pública”; “Espiritualidade”; “Religião”; “Saúde Mental”; “Terapias Complementares”.

ABSTRACT

The objective of the study was to reflect on the relevance of spirituality and religiosity (S/R) for health care from the interface with Práticas Integrativas Complementares - PICS (Integrative and Complementary Practices) in the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) - SUS. For that, a retrospective documentary study was carried out, through systematic reading and analysis of the final reports of the Conferências Municipais de Saúde (Municipal Health Conferences) – CMS - of Curitiba between 2005 and 2015, identifying proposals for implementation of the Policy of Integrative and Complementary Practices in this municipality. There was also field research with a cross - sectional, exploratory and observational design in Unidade Básica de Saúde (Basic Health Units) – UBS - , with Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy) - ESF - of one of the Distrito Sanitário de Saúde (Health Health Districts) of Curitiba between June and September 2017. Semi-structured interviews were conducted with 240 professionals from the different categories that make up the FHS. We investigated the S/R beliefs of these professionals, their perception regarding the relation S/R and Health and, finally, their knowledge and acceptance of ICPs. It was verified through the Final Reports of the MHC the fragility and incipience of proposals for the implementation of a Municipal Policy of ICPs, besides that the proposals presented do not contemplate the critical nodes of the policy: financing, qualification and research. In the field research, professionals were mostly unaware of the Política Nacional de Práticas Integrativas (National Policy on Integrative Practices), but they showed interest and acceptance of ICPs, believing that their implementation would bring benefits to users such as: improved mental health conditions, chronic pain and decrease in medication use. Regarding the investigation of the beliefs and perception of the S/R ratio and health, the findings show that health professionals interviewed mostly believe that health problems lead people to turn to the religion and that patients would like to bring the S/R issues, however few of them address this dimension in care and most of them affirm the need for training on the topic. The research also showed that professionals who have involvement with ICPs feel more comfortable in addressing S/R questions during treatment, compared to those who are not involved with ICPs. With this data it is concluded that although there is a perception by the professionals of the relevance of the S/R theme to health, this dimension is still little integrated in care, and that a Municipal ICPs Policy in the municipality was not implemented, and it is necessary to invest both in training on the subject, as well as in strategies and technologies that allow this integration. It is suggested that the implantation of a Municipal Policy of ICPs can benefit the integral care, being that they value the different dimensions of the human, as well as, consider and value the beliefs and knowledge of the users, finally considering the evidences of several benefits the ICPs and especially in the psychic sphere of people.

Key words: “Public Health”; “Spirituality”; “Religion”; “Mental Health”; “Complementary Therapies”.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	MAPA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA.....	38
-----------------	---	-----------

LISTA DE QUADROS

QUADRO I	MANIFESTAÇÕES DE RELIGIOSIDADE.....	25
QUADRO II	INSTRUMENTO DE ANAMNESE ESPIRITUAL (FICA).....	29
QUADRO III	QUESTIONÁRIO HOPE.....	29
QUADRO IV	DESCRIÇÃO DAS PICS DA PNPIC.....	33

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

TABELA 1	PERFIL DESCRITIVO DAS PROPOSTAS APROVADAS ENVOLVENDO PICS NAS CMS DE CURITIBA (2005-2015).....	48
TABELA 2	VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ESF, CURITIBA, 2018.....	49
TABELA 3	COMPARAÇÃO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS, MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS QUANTO A VARIÁVEIS RELACIONADAS À PICS EM CURITIBA, 2017.....	51
TABELA 4	PERFIL DE FORMAÇÃO, REALIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DAS PICS NA ESF ENTRE PROFISSIONAIS.....	52
TABELA 5	VARIÁVEIS RELATIVAS AOS BENEFÍCIOS DAS PICS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS.....	53

ARTIGO 2

TABELA 1	VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS, ATUAÇÃO PROFISSIONAL E ENVOLVIMENTO COM PICS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ESF, CURITIBA, 2018.....	68
TABELA 2	CRENÇAS E PERFIL E/R DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF, DE CURITIBA.....	69
TABELA 3	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REFERENTE À RELAÇÃO ENTRE E/R E SAÚDE.....	71
TABELA 4	ASSOCIAÇÃO ENTRE CRENÇAS E PERFIL E/R E O ENVOLVIMENTO COM PICS DOS PROFISSIONAIS.....	73
TABELA 5	COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REFERENTE À RELAÇÃO ENTRE E/R E SAÚDE E O ENVOLVIMENTO COM PICS.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
CRE	- <i>Coping</i> Religioso/Espiritual
DS	- Distrito Sanitário
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
E/R	- Espiritualidade/Religiosidade
IVAB	- Índice De Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades de Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	- Práticas Integrativas e Complementares na Saúde
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC	- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSM	- Política Nacional de Saúde Mental
PSF	- Programa Saúde da Família
RPB	- Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	- Reforma Sanitária Brasileira
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	20
3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
3.4 RELIGIÃO/RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SAÚDE.....	24
3.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	31
4. MÉTODO	37
4.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA.....	37
4.2 ESCOLHA DE TERRITÓRIO.....	38
4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	39
4.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	39
4.5 EQUIPE DE COLETA.....	39
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E CUIDADOS COM PARTICIPANTES.....	40
4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	40
4.8 ANÁLISE DE RESULTADOS.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 ARTIGO 1 A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA: PERSPECTIVA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	42
5.2 ARTIGO 2 ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL /RELIGIOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA RELEVÂNCIA PARA OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
7. INDICAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	90
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101

APÊNDICE 2. FORMULÁRIOS ENTREVISTAS.....	104
ANEXO 1. UFPR - SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE/SCS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	111
ANEXO 2. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	114

APRESENTAÇÃO

A motivação em estudar a relação da dimensão Religiosa/Espiritual e Saúde, assim como as Práticas Integrativas e Complementares, surge na inquietação de perceber a necessidade de novas ofertas terapêuticas na Atenção Básica à Saúde, que possibilitem o cuidado integral e humanizado, principalmente aos usuários que apresentam queixas de saúde mental ou sofrimento psíquico e que muitas vezes não encontram resposta às suas demandas.

Minha trajetória na Saúde Pública começou no ano de 2001, como psicóloga do Distrito Sanitário Pinheirinho acompanhando a implantação do Programa de Saúde Mental do Município, que atendendo às mudanças estruturais da Política Nacional de Saúde Mental, a partir da Lei 10.216/01 (BRASIL/2001), estabeleceu como diretriz o atendimento territorial e a garantia de direitos dos usuários.

No ano de 2007 passei a Coordenar o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad Bairro Novo, dispositivo que envolve o cuidado a pessoas com Transtornos Mentais Graves e Crônicos, seguiram-se outras experiências valorosas como a Coordenação do Programa Adolescente Saudável, Diretoria de Saúde Mental, Gerência da Linha de Cuidado de Saúde Mental, que reforçaram em mim a percepção da necessidade de qualificação dos diferentes atores, das diferentes áreas, dos diferentes dispositivos, para efetivar o modelo assistencial de saúde mental proposto.

Com a percepção de que os profissionais precisam estar qualificados e instrumentalizados para não repetir o modelo hegemônico, biomédico e medicalizante: consulta - prescrição - encaminhamento - e realizar um cuidado efetivo, integral, humanizado e territorial e munida do desejo de contribuir nessa rica discussão, dei início ao Mestrado em Saúde Coletiva.

Envolvida pelo desafio da pesquisa e docência, recalculei a rota e passei a atuar no Centro de Educação em Saúde e dar aulas nas Faculdades Pequeno Príncipe e na Escola de Saúde Pública do Paraná.

Segundo Jung (2011, v. 7/2, p. 258): “Só aquilo que somos realmente tem o poder de curar-nos”, percebo que esse processo me possibilitou estar mais perto daquilo que acredito que sou.

1. INTRODUÇÃO

A relação entre religião e medicina ocorre desde tempos remotos, contudo, na renascença até o século XX houve uma cisão entre essas áreas, sendo retomada a discussão somente na década de 1960 (KOENIG, 2012). O interesse na relação espiritualidade/religiosidade (E/R) e saúde vem crescendo exponencialmente nas duas últimas décadas, a ponto da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecê-la como dimensão importante da qualidade de vida (OMS, 2013).

No Brasil, o tema ganhou maior destaque a partir do ano de 2009 (HEFTI; ESPERANDIO, 2016). Dados do IBGE (2010) apontam que 95% da população brasileira se declara religiosa, sendo as religiões católica (64,6%) e evangélica (22,2%) as mais frequentes. Em Curitiba 93,2% da população se considera religiosa, destes 62,12% são católicos e 24,24% evangélicos.

Conceitualmente religião e espiritualidade se distinguem, sendo que a religião é o sistema organizado de crenças e práticas desenvolvidas para facilitar a proximidade com o transcendente, o aspecto institucional da espiritualidade (MOREIRA-ALMEIDA & LUCCHETTI, 2016). Já a espiritualidade refere-se a busca essencial de cada indivíduo do significado e propósito de sua vida, não precisa envolver religião, podendo ser completamente secular (KOENIG, 2012).

No livro *Handbook of Religion and Health*, em suas duas edições, mais de 3.000 artigos foram analisados a fim de investigar as relações - tanto positivas quanto negativas - da E/R com funções imunológicas, endócrinas, cardiovasculares, estresse, doenças relacionadas ao comportamento, mortalidade e transtornos mentais de indivíduos e comunidades (KOENIG; MCCULLOUGH & LARSON, 2001; KOENIG, 2012; STROPPA & MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Entre estas áreas pesquisadas, o maior nível de evidência científica encontrado na atualidade refere-se ao impacto positivo da E/R na Saúde Mental (KOENIG, 2001; 2012).

Tais evidências no campo da saúde mental, demonstram a importância da discussão da E/R nos Sistemas, Políticas e Serviços de Saúde, já que de acordo com *Survey* publicada pela OMS em 2017, o Brasil lidera a prevalência de distúrbios de ansiedade e está entre os cinco países com maior prevalência de depressão no mundo (OMS, 2013).

Este desafiador problema de saúde fica mais evidente no setor público, pois sabe-se que uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam algum transtorno mental, de acordo com o CID 10 (BRASIL, 2013). Os dados revelam que demandas de saúde mental são altamente prevalentes na APS, e os profissionais de saúde são convocados a intervir nestas demandas, segundo recomendação da própria OMS (AMARANTE, 2015).

Sendo assim, a apropriação da saúde mental pelas equipes da APS, assim como o desenvolvimento de competências para intervenção, mostra-se uma questão relevante e desafiadora no Sistema Único e Saúde (SUS). O eixo central da questão é: como é possível incluir a dimensão E/R no SUS, em especial na APS, possibilitando assim a integralidade nos cuidados em saúde e no cuidado a demandas de saúde mental da população?

Sugere-se a partir deste questionamento, que uma das estratégias possíveis para essa integração, seja a efetivação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS).

Destaca-se que as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) refere-se ao conjunto heterogêneo de saberes e produtos agrupados que não pertencem ao escopo da medicina convencional (SOUSA; TESSER, 2017), que valorizam as crenças da população e privilegiam procedimentos/medicamentos harmonizantes do potencial de reequilíbrio da dimensão espiritual com outras dimensões do humano (ANDRADE; COSTA, 2010; LUZ; BARROS, 2012, TESSER; BARROS, 2008).

No Brasil a PNPIC encontra-se em franco debate, gradativamente incorporando novas práticas. No ano de 2017 foram mais 14 novas práticas implementadas através da Portaria de nº 849/2017 (BRASIL, 2017). No ano de 2018, no 1º Congresso Internacional de PICS sediado no Rio de Janeiro, passam a fazer parte da PNPIC mais 10 recursos terapêuticos. O Brasil então, passa a contar com 29 práticas integrativas pelo SUS, despontando como um dos países com maior número de práticas integrativas em sua política nacional (BRASIL, 2018).

Os benefícios das PICS vêm se destacando na esfera psíquica, (MARTINS, 2016) despontando como recurso terapêutico para o cuidado e promoção da saúde, a partir de formas mais suaves de acolher e tratar o sofrimento na sociedade. Haja visto que as PICS valorizam outras dimensões do sujeito, seus saberes e crenças, o que inclui a dimensão E/R (TESSER; BARROS, 2008).

Desta forma, sugere-se que a efetiva incorporação destas práticas no SUS, favoreça um olhar mais integral, ampliando as possibilidades terapêuticas de cuidado, em especial aos usuários com queixas de saúde mental que buscam ajuda no seu território, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), porta de entrada ao sistema de saúde (LUZ & BARROS, 2012).

Diante do exposto, este estudo encontra-se justificado tanto pela grande prevalência de religiosidade da população brasileira (IBGE, 2010), evidências do impacto da E/R na Saúde, destacando a área da saúde mental (KOENIG, 2001; KOENIG et al., 2012), natureza e benefícios das PICS e sua relação com a dimensão E/R (MARTINS, 2016), quanto pela necessidade de novas pesquisas na área como recomendado pela associação mundial de psiquiatria (WPA, 2018)

Cabe salientar que a maioria das pesquisas na área da E/R e Saúde, vêm ocorrendo em países em que o sistema de saúde é privado, como nos Estados Unidos da América e países da Europa, apontando a lacuna de estudos no âmbito do SUS, foco desta pesquisa, que investiga o tema a partir de profissionais da área que atuam em Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um dos Distritos Sanitários de Saúde do Município de Curitiba.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Refletir a relevância da espiritualidade e religiosidade (E/R) para o cuidado em saúde a partir da interface das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS) e das crenças de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) acerca do impacto da E/R na Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de estudo quanto ao perfil sociodemográfico e profissional;
- Identificar inserção e aceitação das PICS no município de Curitiba;
- Investigar as crenças Espirituais Religiosas dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde;
- Investigar a percepção dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde referente a relação da Espiritualidade/Religiosidade e Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta sessão serão abordados os eixos teóricos conceituais que fundamentam a pesquisa, a saber, Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) com enfoque na Estratégia de Saúde da Família, Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), Relação Religiosidade/Espiritualidade e Saúde e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

3.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, marcou o debate sobre os rumos da política de saúde no mundo, afirmando em sua declaração final, ser contrária a elitização da prática médica e a inacessibilidade dos serviços médicos à população, reafirmando a saúde como um dos direitos fundamentais do homem e de responsabilidade política dos governos (BRASIL, 2011) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

No Brasil, a década de 1970 foi marcada pelo processo de redemocratização do país e concomitantemente a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que buscou mudanças nas condições de saúde da população, através de mobilizações e movimentos sociais. A RSB não se reduz a criação do SUS, mas certamente esse é um dos seus principais desdobramentos. A proposta da RSB trata de uma reforma que vai além do setor saúde e implica uma reforma social (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

A consagração do SUS deu-se no ano de 1988 a partir da Constituição Federal que assegurou suas bases legais, e uma das leis mais importantes ficou conhecida como Lei Orgânica da Saúde Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, estabelecendo entre outras coisas os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS (BRASIL, 1990).

O SUS adota em sua organização um modelo pautado na Atenção Primária à Saúde (APS), termo oficializado pelo Governo Federal no ano de 2006, que trata do “primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como articulação de ações de saúde” (SOUSA & HAMANN, 2009, p.

1327). A APS é a porta de entrada no sistema de saúde, fornece atenção à pessoas (não à enfermidades), propondo uma inversão na abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico, propondo uma abordagem preventiva, promocional e integral do usuário (SILVA, et al, 2014). Destaca-se quatro características da APS: acessibilidade, continuidade ou longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Vários arranjos foram projetados para operacionalizar essa organização do cuidado, tais como: ações programáticas de saúde, o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), o programa de saúde da família (PSF) que passou então a ser adotado como estratégia de caráter mais abrangente, reafirmando uma nova filosofia de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Por fim, foram criados os núcleos de apoio a saúde da família (NASF), incluindo profissionais de outras categorias como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros, que com seus saberes e através de matriciamento e atendimentos compartilhados, possam ampliar a efetividade do cuidado em território (ANDRADE, 2014).

No ano de 1997, o Ministério da Saúde reorienta o modelo assistencial através da ESF, que busca a promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se de uma proposta inovadora no SUS (BRASIL, 2000).

3.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF assume o desafio, ao prestar cuidados aos usuários em seus locais de vida, de provocar movimentos em todo um conjunto de instituições enrijecidas e convoca a reflexão de novos modos de cuidar e ofertar serviços cujos propósitos sejam cuidar da vida (PAULON; NEVES, 2013).

A ESF reafirma uma nova filosofia de atenção que propõe superar a tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção, apoiada na Promoção à Saúde e incorpora abordagens mais ampliadas (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Os elementos centrais da ESF são: o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A ESF é a principal proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005), pautada nos Princípios Doutrinários do SUS:

Universalização, Equidade e Integralidade e Princípios Organizativos: - Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Participação Popular (BRASIL, 2012).

Neste estudo daremos ênfase a um dos Princípios Doutrinários do SUS, a Integralidade, que pode ser definida como o eixo integrador de serviços; visão holística do sujeito e do cuidado ou como ações de atendimento integral de demandas e necessidades (SILVA; RAMOS, 2010).

A integralidade na ESF deve garantir que o profissional de saúde vá além das demandas explícitas e considere que cada usuário apresenta fatores genéticos, ambientais, psicossociais e culturais, associados com suas crenças, valores e símbolos (OTANI; BARROS, 2011).

Os usuários que chegam às UBS rotineiramente pedem por consultas médicas, prescrição de medicamentos e realização de exames, mas é preciso entender que em muitas dessas demandas não existe um substrato orgânico. O que move o usuário na sua busca de ajuda, são questões de outras ordens, como as psíquicas e sociais, mas que ainda assim, precisam ser ouvidas e exploradas pelos profissionais. Essas demandas que envolvem sofrimento psíquico/social não podem ser adequadamente cuidadas apenas no enfoque biomédico medicalizante (CECÍLIO, 2001).

O cuidado integral acontece no encontro, na conversa, na atitude do profissional de saúde (JORGE et al., 2011) e requer ações que envolvam: conhecimentos, habilidades, intuição e pensamento crítico. A complexidade de apreender os sujeitos em suas diferentes dimensões é uma “construção do cotidiano, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória” (CAMARGO, 2003, p. 42).

A investigação e o entendimento das demandas e necessidades de um determinado território, família e usuário, devem ser a base do planejamento de ações de promoção, prevenção, cura e recuperação, e neste planejamento a soma dos saberes multiprofissionais devem potencializar a gestão do cuidado, permitindo experiências inovadoras e o desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais (MATTOS, 2003).

Contudo, efetivar esse modelo assistencial pautado na ética do cuidado proposto pela Reforma Sanitária Brasileira, SUS e ESF ainda é um grande desafio que envolve complexas variáveis, sendo necessário inclusive, considerar as atuais

ameaças à saúde pública. Vários interesses circulam a questão saúde em nosso país, tornando-se fundamental o envolvimento da população e em especial do controle social, na discussão dessa pauta e na luta pela manutenção da garantia deste direito adquirido pelo povo brasileiro (VILLAS BOAS; PEREIRA; SANTOS, 2017).

Outro grande desafio é a incorporação de ações de enfrentamento a problemas de saúde mental, conforme previsto no processo da PNSM, na APS, ou seja, no território onde as pessoas vivem (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Assim como o sistema de saúde passou por intensos debates e transformações, a saúde mental vivenciou desde a década de 1970 o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que procurou assegurar os direitos às pessoas com Transtornos Mentais, e se consagra com a Lei 10216/01 que redireciona o modelo assistencial, propondo incluir o cuidado de saúde mental em diferentes equipamentos numa lógica de território e de reinserção social, com garantia de acesso e enfrentamento ao estigma vivido pelos usuários (BRASIL, 2012; PITTA, 2011).

Este modelo assistencial ainda demanda avanços na elaboração de dispositivos teóricos e de formas de ação, que ao mesmo tempo retenham o horizonte fundamental da clínica e ampliem o alcance da rede (BEZERRA, 2007).

Quanto a prevalência, queixas de saúde mental são altamente frequentes em nosso país (OMS, 2017) e demandam do setor público ações de prevenção, promoção e reabilitação. Os profissionais de saúde são convocados a intervir nestas demandas, segundo recomendação da própria OMS (AMARANTE, 2015) e de acordo com Paulon e Neves (2013) existe um consenso na literatura nacional e internacional, de que muitas das demandas de saúde mental são situações que podem e devem ser resolvidas com intervenções na própria Atenção Básica.

Pesquisas apontam, contudo, a inexistência de “estratégias” no âmbito da ESF para lidar com a saúde mental que contemplem ações de promoção, de comunicação e educação em saúde, de práticas coletivas, além das individuais (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). As equipes de ESF constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico

(FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009), porém, ainda demandam apropriação e qualificação para desenvolver estratégias que sejam inovadoras, integrais e humanizadas (SOUSA & HAMANN, 2009).

A apropriação da Saúde Mental pela APS, passa necessariamente pelo desenvolvimento de ações em perspectiva multidisciplinar, pela promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida populacional, em dispor de um conhecimento da cultura, das crenças e das necessidades de saúde da população, de focar no território. É preciso ter flexibilidade na oferta de cuidado e participação ativa dos usuários no processo de elaboração do seu plano individual de cuidados (PAULON; NEVES, 2013).

Segundo Trounicrift e Tansella, “deslocar a assistência das instituições para comunidade não requer, puramente uma realocação física dos lugares de tratamento, mas sim uma reorientação fundamental das atitudes das equipes” (TROUNICROFT; TANSELLA, 2010, p. 09).

Considerando que Saúde Mental carrega consigo uma noção de bem estar e por isso implica na forma de intervenção na vida das pessoas (MADER; HOLANDA, 2017), torna-se imprescindível expandir recursos terapêuticos para efetivar o cuidado as queixas que extrapolam a dimensão biológica, a emergência em se apropriar da crescente demanda vinculada a queixas de saúde mental na APS e o princípio da integralidade no SUS, que buscou-se expandir as dimensões do cuidado e investigar evidências acerca da relação E/R e Saúde.

3.4 RELIGIÃO/ RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE E SAÚDE

Primeiramente, torna-se importante explorar os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade e vamos utilizar as definições que vêm sendo adotadas atualmente em estudos científicos (MOREIRA-ALMEIDA et al.,2010).

A Religião pode ser definida como sistema de crenças e práticas que envolve uma determinada comunidade, apoiada em rituais que objetivam conexão com o Sagrado. Habitualmente as diferentes religiões se baseiam em escrituras e ensinamentos, que apresentam o significado e o propósito da vida e a natureza da vida após a morte, além de estabelecer um código de conduta para seus membros (KOENIG, 2012).

A Religião é o sistema organizado de crenças e práticas desenvolvido para facilitar a proximidade com o transcendente, o aspecto institucional da espiritualidade. Religiões são instituições organizadas em torno da ideia do espírito (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

Com relação à religiosidade, as definições são complexas, alguns autores dizem que trata-se de atributos relativos a uma religião e inclui aspectos individuais e institucionais (FARIA; SEIDL, 2005). A religiosidade vem sendo compreendida por suas manifestações. Vamos definir as manifestações de religiosidade que vem sendo estudadas:

QUADRO I – MANIFESTAÇÃO DA RELIGIOSIDADE

Religiosidade Organizacional (RO)	Consiste na atividade religiosa e essa pode ser pública, social e institucional, envolve a participação em serviços religiosos, reuniões, grupos de oração, estudo de escrituras, evangelização, voluntariado referente à igreja e entre outros.
Religiosidade Não Organizacional (RNO)	Consiste em atividade religiosas privada, pessoal e individual. Refere-se à atividade que é realizada a sós e em particular, como orar ou se comunicar com Deus em casa, meditar, ler escrituras, assistir programas televisivos, escutar rádios, realizar rituais privados, (como acender velas, usar acessórios religiosos), e assim por diante.
Religiosidade Subjetiva (RS)	Tem a ver com a importância ou centralidade da religião na vida da pessoa, o quanto religiosa se considera.
Religiosidade Intrínseca (RI)	Quando a religião é buscada por seu próprio valor, isto é, como um fim em si mesmo.
Religiosidade Extrínseca (RE)	Quando a religião está sendo usada como meio para algum outro propósito, como uma posição social ou ganho financeiro.

FONTE: KOENIG (2012).

Dentre as manifestações, cabe destaque ao *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) desenvolvido pelo psicólogo Kenneth Pargament no ano de 1997, que trata do uso da religião ou de estratégias de caráter religioso/espiritual, para lidar com um conflito, uma doença ou o manejo do estresse. O termo *coping* vem sendo traduzido como recurso de enfrentamento (KOENIG, 2012).

O CRE representa um importante aspecto na área da saúde com possíveis implicações no tratamento de doenças. É um processo de tentativa pessoal em administrar exigências externas ou internas presentes em situações de estresse por meio de recursos cognitivos e comportamentais (CORREIA; BATISTA; HOLANDA, 2016).

A oração aparece como a estratégia de *coping* mais frequente. “O objetivo não é tornar os pacientes mais religiosos ou espirituais, mas reforçar um coping efetivo que possa afetar os resultados em saúde” (HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 37).

Quanto a espiritualidade refere-se a busca essencial de cada indivíduo do significado e propósito de sua vida. A espiritualidade inclui desta forma: significado e propósito, paz interior e conforto, conexão com os outros, suporte, sentimentos de admiração, reverência ou amor e outros termos saudáveis e positivos. As definições também deixam muito claro que espiritualidade não precisa envolver religião, ou seja, pode ser completamente secular (KOENIG, 2012).

A espiritualidade trata da relação com o sagrado, o transcendente (Deus, poder superior), referente ao domínio do espírito, à dimensão não material ou extrafísica da existência (Deus ou deuses, almas, anjos, demônios) (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). Espiritualidade também é definida como um conceito multidimensional, que inclui “quatro dimensões principais: Significado, Transcendência, Valores e Identidade Psicossocial” (HEFTI; ESPERANDIO, 2016, p. 34).

O uso destes conceitos na prática clínica não demandam rigor, contudo, quando usados para pesquisas científicas, mostra-se mais favorável o uso da religião/religiosidade, associando com práticas, ritos e código moral, possibilitando sua mensuração. Outro cuidado quando trata-se de pesquisas científicas é o de distinguir aspectos religiosos/espirituais de indicadores de saúde mental positiva (KOENIG, 2012).

Quanto a relação estabelecida entre E/R e Saúde, a comunidade acadêmica e população em geral tem demonstrado crescente interesse (MOREIRA-ALMEIDA, 2009). Com a retomada desta discussão nas últimas décadas, surge o conceito da chamada “Espiritualidade baseada em evidências”, que estuda os mecanismos pelos quais a fé levaria a desfechos clínicos e de que forma esse assunto deveria ser abordado na prática clínica (LUCCHETTI et al., 2010).

Atualmente renomadas instituições têm valorizado o tema, o principal Instituto de Psiquiatria da América Latina da Faculdade de Medicina da USP criou o primeiro Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos, a Organização Mundial da Saúde incluiu dentro da qualidade de vida, a espiritualidade; a associação Britânica de Psiquiatria recomenda que se avalie a espiritualidade; o

Colégio Americano de Médicos também enfatiza essa questão (MOREIRA-ALMEIDA, 2009).

Em fevereiro de 2018, foi publicado posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) acerca da necessidade de compreensão da E/R e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado - diagnóstico, etiologia e tratamento de transtornos psiquiátricos, indicando que esse tema deve ser considerado como componente essencial tanto da formação psiquiátrica como do contínuo desenvolvimento profissional (WPA, 2018).

A literatura tem apontado diversas áreas que possivelmente são afetadas pelo envolvimento religioso, tais como saúde mental, funções imunológicas e endócrinas, função cardiovascular, estresse e doenças relacionadas a comportamento, mortalidade e deficiência física (KOENIG, 2012). Aspectos religiosos/espirituais também apresentam impacto no tratamento de condições dolorosas e o tema ganhou bastante importância quando relacionado a cuidados paliativos, promovendo conforto e alívio da dor (PERES et al., 2007).

Destaca-se nos achados científicos, por meio de revisões sistemáticas com Metanálise, a relação entre E/R e Saúde Mental, promovendo proteção para suicídio, uso de drogas e de álcool, comportamento delinquente, sofrimento psicológico e psicoses, melhores relações sociais, níveis mais baixos de depressão, índices mais elevados de esperança e bem-estar (KOENIG, 2012).

Possuir crenças E/R e realizar práticas religiosas ajudam a lidar com fatores estressantes e situações desafiadoras da vida, além de incentivar a tomada de melhores decisões e diminuir comportamentos de risco (ROCHA; FLECK; 2011).

Pesquisas apontam também aspectos negativos na relação entre E/R e saúde. Alguns exemplos podem ser encontrados em subgrupos religiosos que proíbem o uso de vacinas, transfusão de sangue, vetam tratamentos seculares como uso de psicotrópicos ou medicamentos de outra natureza. Outro aspecto que indica conflito são referentes a rigidez de normas em algumas comunidades religiosas, como tingir a cor do cabelo, uso de anticoncepcional, divórcio, corte de cabelo, entre outras, e que na desobediência das mesmas o praticante acaba por ser excluído das atividades daquela comunidade. Desta forma, as religiões podem gerar sentimento de culpa, vergonha, medo e em casos mais extremos pode levar ao isolamento social, rebaixamento da autoestima e piora da saúde mental (SILVA, 2014).

A partir de todas essas evidências encontradas, a importância em investigar a influência da E/R na vida dos usuários parece bem fundamentada, além da necessidade em saber lidar adequadamente com tais sentimentos e comportamentos na prática clínica (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Na prática clínica, profissionais de saúde têm reconhecido a importância e o valor das crenças espirituais/religiosas dos usuários e a necessidade de identificá-las. A educação médica também tem se voltado para essa questão, e apesar disso, poucos profissionais da saúde têm se dedicado a ela. Quando perguntados especificamente sobre o que estão fazendo e sobre o que é apropriado fazer, poucos profissionais avaliam ou abordam questões espirituais ativamente ou estão abertos a essa abordagem, contudo, diversos fatores têm probabilidade de mudar essa atitude desses profissionais (KOENIG, 2012).

As barreiras apontadas pelos profissionais de saúde são a falta de conhecimento sobre o assunto, falta de treinamento, falta de tempo, desconforto sobre o tema, medo de impor pontos de vista religiosos, pensamento da irrelevância do tema, entendimento que não faz parte do papel do profissional abordar esse tema. Essas barreiras são quebradas à medida que o profissional se aprofunda no tema e desvencilha-se de seus próprios medos e preconceitos (LUCCHETTI et al., 2010).

O momento de abordar a E/R do usuário, requer do profissional de saúde bom senso, pois em situações extremas podem gerar sentimento de medo ao paciente. Entretanto, na avaliação ambulatorial, na internação por compensação de alguma doença, em cuidados paliativos e pacientes que serão acompanhados longitudinalmente pelo mesmo profissional de saúde, são momentos ideais para obtenção da história espiritual (LUCCHETTI et al., 2010).

A anamnese espiritual habilita o profissional a compreender o papel da E/R na vida do usuário, identificar necessidades e conflitos espirituais que precisam ser atendidos, além de fornecer informações sobre os sistemas de apoio. As perguntas devem ser breves e o objetivo é o de entendimento das crenças do paciente, sem julgamentos ou tentativas de mudá-las (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

Uma possibilidade é acrescentar perguntas referentes a E/R num contexto de anamnese mais amplo onde são investigados também, a história social, atividades físicas, os hábitos e vícios e então abordar a E/R de forma natural (LUCCHETTI et al., 2010 p. 156).

Vários instrumentos foram desenvolvidos para realização da anamnese espiritual e os principais utilizados estão dispostos nos quadros II e III. O FICA foi desenvolvido pela professora associada de medicina no Centro Médico da Universidade George Washington e diretora do Instituto George Washington para Espiritualidade e Saúde, Christina Puchalski (LUCHETTI et al., 2010):

QUADRO II - INSTRUMENTO DE ANAMNESE ESPIRITUAL – FICA

<p>F- Fé /Crença Você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças espirituais ou religiosas que te ajudam a lidar com problemas? Se não: o que te dá significado a vida?</p>
<p>I - Importância ou Influência Que importância você dá para a fé ou crenças religiosas em sua vida? A fé ou crenças já influenciaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença específica que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?</p>
<p>A - Ação no Tratamento Como você gostaria que o seu médico ou profissional da área da saúde considerasse a questão E/R no seu tratamento? Indique, remeta a algum líder espiritual/religioso.</p>
<p>História espiritual do ACP A fé (religião/espiritualidade) é importante para você nesta doença? A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida? Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos? Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém?</p>

FONTE: LUCCHETTI (et al, 2010).

QUADRO III - QUESTIONÁRIO HOPE

<p>H - Fontes de Esperança (Hope), significância, conforto, força, paz, amor e relacionamento social. Quais são as suas fontes de esperança, força, conforto e paz? Ao que você se apegua em tempos difíceis? O que o sustenta e o faz seguir adiante?</p>
<p>O - Religião organizada Você: faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual? Ela o ajuda? Como? Em que aspectos a religião o ajuda e em quais não o ajuda muito?</p>
<p>P - Espiritualidade pessoal e prática Você tem alguma crença espiritual que é independente de sua religião organizada? Quais aspectos de sua espiritualidade ou prática espiritual você acha que são mais úteis à sua personalidade?</p>
<p>E - Efeitos no tratamento médico e assuntos terminais Como médico, há algo que eu possa fazer para ajudar você a acessar os recursos que geralmente o apoiam? Há alguma prática ou restrição que eu deva saber sobre seu tratamento médico?</p>
<p>CSI - MEMO Suas crenças E/R lhe dão conforto ou são fontes de estresse? Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar suas decisões médicas? Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa? Ela lhe ajuda de alguma forma? Você possui alguma outra necessidade espiritual que gostaria de conversar com alguém?</p>

FONTE: LUCCHETTI, (et al., 2010)

Quando o profissional de saúde identificar que o paciente não é religioso, deverá focar na espiritualidade, perguntando como lida com a doença, o que dá significado e propósito a sua vida, quais crenças culturais podem ter impacto no tratamento e quais recursos têm acessível para apoiá-lo. Após colher a história espiritual, o profissional deve conseguir identificar se existem necessidades desta ordem, se consegue atendê-las ou vai precisar de ajuda ou encaminhamentos. Após identificar como as crenças afetam o paciente, o profissional de saúde deve conseguir respeitar e apoiar, mesmo que essas crenças sejam diferentes das suas pessoais (LUCCHETTI, et al., 2010).

Os profissionais contudo, não devem prescrever ou mesmo recomendar que o paciente torne-se religioso, reze ou frequente serviços religiosos. Não existe nenhuma evidência de que pacientes tenham se tornado religiosos para se tornarem mais saudáveis. Tal prescrição envolveria um uso extrínseco da religião para alcançar um objetivo não espiritual, e religiosidade extrínseca normalmente não está relacionada com uma saúde melhor (KOENIG, 2012).

Como exemplo da integração da dimensão E/R na prática clínica, pode-se citar o modelo interdisciplinar de cuidado espiritual da Clínica SGM em Langenthal (Suíça), que é especializada em medicina psicossomática, psiquiatria e psicoterapia em regimes integral e ambulatorial. A anamnese espiritual é realizada com todos os usuários a fim de explorar como a E/R interferem ou determinam sua compreensão a respeito da doença e da cura, e então são definidas metas espirituais. Na clínica são ofertadas reuniões psicoeducacionais, grupos de discussão sobre questões espirituais, integração das questões espirituais na psicoterapia, atendimentos pastoral, aconselhamento e por fim uma biblioteca com ampla literatura religiosa e espiritual (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

Exemplos de metas espirituais no tratamento: “Restauração da esperança e significado apesar da doença e do sofrimento; Fortalecimento da relação com Deus para lidar melhor com o estresse do cotidiano; Formas de perseverar em circunstâncias psicossociais difíceis; Elaboração da raiva, frustração ou decepção em relação ao transcendente; Compreender por que Deus permite que coisas ruins aconteçam na vida dos pacientes; Trabalhar com a questão do perdão em relacionamentos desestruturados; Ser mais consciente da presença e orientação de Deus na vida diária” (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

O cuidado espiritual significa acompanhar a jornada do paciente, e o ponto crucial está em fazer uma anamnese espiritual que possa desencadear estratégias para o tratamento. Em diversos momentos, após coletar a história espiritual, o compartilhamento de uma oração ou a escuta respeitosa e acolhedora e já pode ser suficiente enquanto intervenção (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

Estudos têm apontado as Práticas Integrativas e Complementares “como” uma das formas de integrar a dimensão E/R no SUS e de ofertar novas tecnologias assistenciais (MATTOS, 2003).

3.5 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

No Brasil, os termos Medicina Alternativa e Complementar (MAC) ou simplesmente, Medicina Tradicional (MT), foram denominados de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS), e as mesmas surgem no país numa perspectiva de integralidade da atenção à saúde da população (SANTOS; TESSER, 2012).

As diferentes terminologias designam o conjunto heterogêneo de práticas, saberes e produtos agrupados que não pertencerem ao escopo da medicina convencional (SOUSA; TESSER, 2017).

A OMS incluiu a discussão da MAC/MT na sua agenda política no final da década de 1970, concomitante aos debates relacionados a desigualdade social, falta de acesso aos serviços básicos de saúde e elevada taxa de mortalidade entre a população. Inicialmente, como parte de uma estratégia internacional, para expandir o acesso e o cuidado na atenção primária dos países pobres ou desprovidos de serviços médicos convencionais (OMS, 2001).

A incorporação da MAC/MT nos sistemas públicos de saúde, foi sugerida na Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, ganhando força no cenário mundial. Historicamente a MAC/MT vem sendo discutida e utilizada para manter a saúde e prevenir doenças, em particular doenças crônicas, mas frequentemente subestimada (OMS, 2013).

A proposta de incorporar as MAC/MT nos sistemas de saúde, indica que a população apresenta outras demandas de saúde, não contempladas pelo modelo biomédico vigente. Para uma grande parcela da sociedade, obter saúde significa ser cuidado, e estar saudável extrapola a ausência de significando sentir-se alegre, com

disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar bem com outras pessoas (PINHEIRO; LUZ, 2003), sugerindo que o paradigma vigente não tem dado conta de encontrar um lugar para subjetividade do adoecimento (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO, 2006).

Nesse contexto a OMS lança a primeira estratégia global referente a MAC/MT para os anos de 2002-2005, com a finalidade de apoiar os países participantes a desenvolver políticas e planos de ação. Foram lançados quatro objetivos: integrar a MAC/MT nos sistemas de saúde, promover a segurança, a eficácia e qualidade na aplicação da MAC/MT e melhorar o acesso e uso racional (OMS, 2001).

No ano de 2013 foram publicadas as Estratégias da OMS sobre MAC/MT para os anos de 2014-2023, com o objetivo de melhorar a saúde e a autonomia dos pacientes, aproveitando seus benefícios, tais como, bem-estar e atenção à saúde centrada nas pessoas, além de promover a utilização segura e eficaz da MAC/MT mediante regulamentação de produtos, práticas e profissionais (OMS, 2013).

No Brasil, encontram-se registros da MAC/MT no SUS desde a década de 1980, ganhando força nas deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), por meio de Relatórios e Portarias. No entanto, apenas em fevereiro de 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o documento que embasou a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, publicada em forma de Portarias Ministeriais, nº 971, em 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006a) e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006b).

Mesmo com a aprovação da PNPIC, sua efetivação nos municípios, tem ocorrido de forma heterogênea, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), segundo ciclo, realizado entre abril de 2013 e agosto de 2014, que incluiu informações sobre as PICS, e apresenta que neste período das 29.798 equipes de Atenção Básica no Brasil, apenas 5.666 realizavam PICS, sendo que essas ações eram distribuídas em 3.787 estabelecimentos de saúde, em 1.230 municípios (BRASIL, 2014).

No ano de 2017 o Ministério da Saúde refere crescimento relativo a incorporação das PICS, passando a 8.200 estabelecimentos de saúde ofertando PICS, distribuídos em 3.018 municípios, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais (BRASIL, 2018a).

Algumas razões apontadas para morosidade da implementação da PNPIC nos municípios, segundo Sousa e Tesser (2017), são: o baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento, em especial referente a sua inserção na atenção básica à saúde.

Ainda assim o Brasil desponta como um dos países com mais práticas incorporadas em sua política nacional, já que em 2017 foram mais 14 novas incorporadas através da Portaria de nº 849/2017 (BRASIL, 2013): Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária.

No ano de 2018, aconteceu o 1º Congresso Internacional de PICS sediado no Rio de Janeiro, e lá foi divulgado que passam a fazer parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) mais 10 recursos terapêuticos. Foram reconhecidas a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. O Brasil então, passa a contar com 29 práticas integrativas pelo SUS (BRASIL, 2018b).

No quadro IV será apresentado a descrição das 29 PICS habilitadas pelo SUS até o presente momento.

**QUADRO IV - DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
SEGUNDO A POLÍTICA NACIONAL (continua):**

Medicina Tradicional Chinesa- Acupuntura	A medicina tradicional chinesa (MTC) é uma abordagem terapêutica milenar e visa tratar quaisquer desequilíbrios em sua integralidade. A MTC utiliza como procedimentos diagnósticos na anamnese integrativa, palpação do pulso, inspeção da língua e da face, entre outros; e como procedimentos terapêuticos, acupuntura, ventosaterapia, moxabustão, plantas medicinais, práticas corporais e mentais, dietoterapia chinesa.
Homeopatia	Trata-se de um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e na lei dos semelhantes. Enunciada por Hipócrates no século IV a.c. a homeopatia desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século XVIII, utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e, com recurso terapêutico, o medicamento homeopático.
Medicina Antroposófica	Apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos terapêuticos que acompanham a abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e em outros específicos da medicina antroposófica. Integrado ao trabalho médico, esta prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

**QUADRO IV - DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
SEGUNDO A POLÍTICA NACIONAL (continuação):**

Plantas Medicinais/ Fitoterapia	Terapêutica caracteriza pelo “uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isolada, ainda que de origem vegetal”. A prática da Fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Os Serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal “in natura”, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado.
Termalismo Social/ Crenoterapia	Abordagem baseada na indicação e uso de águas minerais de forma complementar aos demais tratamentos de saúde.
Arterapia	É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida.
Ayurveda	Ayurveda significa a “Ciência ou Conhecimento da Vida”. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.
Biodança	É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Configura-se como um sistema de integração humana, renovação orgânica, integração psicofísica, reeducação afetiva e reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.
Dança Circular	Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular, é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos liberando a mente, o coração, corpo e espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.
Meditação	É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de “êxtase”.
Musicoterapia	É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.
Naturopatia	A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, fitologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

**QUADRO IV - DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
SEGUNDO A POLÍTICA NACIONAL (continuação):**

Osteopatia	É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos.
	pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação.
Reflexoterapia	Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.
Reiki	É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.
Shantala	É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.
Terapia Comunitária Integrativa	É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.
Yoga	A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.
Apipuntura	Técnica terapêutica que consiste na aplicação de apitoxina como estimulante nos pontos de acupuntura e/ou áreas estratégicas a serem tratadas.
Aromaterapia	Prática Terapêutica que utiliza as propriedades de óleos essenciais para recuperar o equilíbrio e harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e emocional.
Bioenergética	Visão diagnóstica que, aliada a uma compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, os movimentos sincronizados com a respiração.

**QUADRO IV - DESCRIÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
SEGUNDO A POLÍTICA NACIONAL (continuação):**

Constelação Familiar	Método psicoterapêutico de abordagem sistêmica, energética e fenomenológica, que busca reconhecer a origem dos problemas e/ou alterações trazidas pelos usuários, bem como o que está encoberto nas relações familiares para, por meio do conhecimento das forças que atuam no inconsciente familiar e das leis do relacionamento humano, encontrar a ordem, pertencimento e equilíbrio, criando condições para que a pessoa reoriente o seu movimento em direção à cura e às crescimento.
Cromoterapia	Prática Terapêutica que utiliza cores do espectro solar para restaurar o equilíbrio físico e energético do corpo.
Geoterapia	Uso da argila com água que pode ser aplicada no corpo. Usado em ferimentos, cicatrização, lesões, doenças osteomusculares.
Hipnoterapia	Conjunto de técnicas que pelo relaxamento, concentração induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permite alterar comportamentos indesejados.
Imposição de mãos	Imposição das mãos próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia para o paciente. Promove bem-estar, diminui estresse e ansiedade.
Ozonioterapia	Mistura dos gases oxigênio e ozônio por diversas vias de administração com finalidade terapêutica e promove melhoria de diversas doenças. Usado na odontologia, neurologia e oncologia.
Terapia de Florais	Uso de essências florais que modifica certos estados vibratórios. Auxilia no equilíbrio e harmonização do indivíduo.

FONTE: BRASIL (2018).

Apesar do desafio da sua incorporação no SUS e em especial na APS, a busca e a utilização das PICS é crescente em pessoas em todo o mundo (CONTATORE et al., 2015) e os benefícios tais como redução da dor, melhora da qualidade do sono, diminuição da tensão muscular, melhora da imunidade e redução do estresse, destacando-se a esfera psíquica, com a importante redução da ansiedade e melhora de quadros depressivos, apresentados em estudos (MARTINS, 2016).

As MAC/MT estão relacionadas a tratamentos complexos, com base teórica sólida que valorizam outras dimensões dos sujeitos, como cunhou Madel Luz (1992) trata-se de outras racionalidades médicas (LUZ, 2007; LUZ; BARROS, 2012).

As PICS reconhecem a pluralidade de práticas terapêuticas em saúde, valorizam os recursos e métodos não biomédicos e a abertura do campo para novas concepções de saúde, articulando um número crescente de métodos diagnósticos terapêuticos e tecnologias leves (BARROS, 2008). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde e contribuem para promoção da saúde, inserção

social, redução do consumo de medicamentos, melhoria da autoestima e da qualidade de vida e entre outros (ANDRADE; COSTA, 2010).

Assumir a integralidade do cuidado na APS, significa considerar as diferentes dimensões dos usuários – Biológica, Psicológica, Social e Espiritual –respeitar as singularidades de cada indivíduo-família-comunidade, e utilizar experiências inovadoras para alcançar as demandas dos que buscam ajuda pelas diferentes formas de sofrer.

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa de dados, documental retrospectiva de natureza quantitativa, com delineamento transversal.

A etapa documental abrangeu coleta de dados secundários a partir a seleção, organização, leitura sistemática e análise dos relatórios finais das conferências municipais de Curitiba (2005-2015), totalizando seis documentos. A decisão pelo período de 2005-2015, deu-se em função do ano de aprovação da PNPIC (2006) até o último relatório vigente, com o intuito de perceber o impacto da PNPIC em âmbito municipal.

Nestes documentos, houve busca ativa por termos/palavras-chave relacionadas às PICS para identificação das propostas. Os descritores utilizados foram tradicional, integrativo, popular, natural, não hegemônico, não convencional, alternativo, complementar; além dos termos homeopatia, fitoterapia, acupuntura, termalismo, crenoterapia e medicina antroposófica. Foram excluídas as citações fora do contexto das propostas/deliberações sobre PICS.

A partir dos nós críticos para a implementação da PNPIC, apontados por autores que publicam na área, foram selecionadas três categorias: *a priori*, a citar: destinação de recursos financeiros; estudos/pesquisas e formação/qualificação profissional, que seriam importantes para avaliar em que medida esses pontos críticos estão sendo contempladas nas propostas analisadas.

Na sequência ao estudo documental, realizou-se a pesquisa de campo de delineamento transversal observacional, no *locus* prioritário de execução da PNPICS, ou seja, em Unidades Saúde da Família (USF) com todos os profissionais

das equipes multiprofissionais de saúde do Distrito Sanitário Tatuquara (DS), um dos 10 Distritos da capital paranaense.

4.2. ESCOLHA DO TERRITÓRIO

O Distrito selecionado para pesquisa foi o Tatuquara. Este DS é composto por 03 bairros, totalizando 81.959 habitantes, o que corresponde a 4,67% da população total de Curitiba, que segundo dados do IBGE (2010) é de 1.751.907 habitantes (Figura 1).

FIGURA 1 - MAPA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA



	SANTA FELICIDADE		CIC		MATRIZ		BOQUEIRÃO
	BAIXO NOVO		BOQUEIRÃO		TATUQUARA		CAJURU
	PINHEIRINHO		PORTÃO				

FONTE: IPPUC (2015).

As oito Unidades Básicas de Saúde que compõem o DS Tatuquara são todas com Estratégia de Saúde da Família: UBS Caximba, UBS Dom Bosco, UBS Monteiro Lobato, UBS Moradias da Ordem, UBS Palmeiras, UBS Pompéia, UBS Rio Bonito e UBS Santa Rita.

A seleção do território baseou-se em, no DS Tatuquara que contou com 100% das suas UBS com ESF e ter apresentado o maior índice de vulnerabilidade na atenção básica (IVAB) do município, cujas dimensões avaliadas foram acesso ao trabalho e renda e escolaridade (SMS, 2017). Outro fator relevante para escolha do Tatuquara, deu-se pelo fato de ser o DS mais afastado geograficamente do centro da cidade, o que sugere a necessidade de oferta diversificada de cuidados no próprio território, buscando garantir o acesso à saúde de seus usuários.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ter idade mínima de 18 anos ambos os sexos; ser funcionário efetivo da Secretaria Municipal de Saúde, lotado em uma das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para pesquisa; estar em atividade funcional e aceitar participar da Pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Possuir outro vínculo com a Unidade Básica de Saúde como de residência, estágio ou similar; ser afastado por algum tipo de licença (saúde, prêmio, férias no período da pesquisa); e desistir da pesquisa durante a entrevista.

4.5. EQUIPE DA COLETA

Para realização da pesquisa, foi constituída uma equipe de coleta composta por: duas estudantes do último ano de biomedicina e uma psicóloga. Todos passaram por treinamento e pela fase de pré-teste, permitindo a apropriação e adequação do instrumento de coleta, que ocorreu sob supervisão da pesquisadora responsável.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS E CUIDADOS COM PARTICIPANTES

O projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, sob Parecer Consubstanciado nº 2.031.061 de 25 de abril de 2017 e Comitê de Ética e Viabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, Parecer Consubstanciado nº 2.086.711 de 29 de maio de 2017.

Para realização da pesquisa, foi disponibilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os participantes e garantido sigilo das identificações, além de pactuação prévia com o grupo de Atendimento de Terapia Comunitária Integrativa da UFPR, caso houvesse necessidade de suporte aos participantes.

4.7. PROCEDIMENTOS DE COLETA

Após a aprovação dos Comitês de Ética e Viabilidade, iniciou-se os procedimentos para coleta dos dados, que ocorreu durante três meses, entre os meses de junho a setembro de 2017. O primeiro passo foi realizar contato e encaminhamento do Projeto de Pesquisa para Supervisora do Distrito Sanitário Tatuquara, buscando sua ciência e solicitando inclusão de pauta na reunião com as Autoridades Sanitárias Locais para explicação do projeto e organização das entrevistas.

A reunião no Distrito Sanitário Tatuquara ocorreu no dia 09 de junho de 2017, havendo concordância de todos para realização da pesquisa. Nesta data também foi disponibilizada a localização de todas as UBS e planilha atualizada de Recursos Humanos.

As agendas de entrevistas nas UBS iniciaram-se no dia 12 de junho e foram sendo construídas a partir do contato telefônico com cada Autoridade Sanitária Local, conforme acordado em reunião no DS.

Nas UBS houve singularidades. Algumas Autoridades Sanitárias Locais preferiram que a coleta ocorresse no dia da reunião de equipe e outras preferiram em outros momentos. Entretanto, em todas as UBS o fluxo de coleta foi organizado pelas Autoridades Sanitárias Locais, e a equipe de coleta se adequou a disponibilidade dos profissionais, indo em média de 2 a 3 vezes em cada uma das UBS.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, composta por uma primeira seção com questões referentes ao levantamento sociodemográfico, atuação profissional e envolvimento com PICS, definindo “envolvimento com PICS” como possuindo formação e/ou sendo usuário de alguma prática.

Para coleta dos dados referentes às crenças E/R, foi utilizado o Questionário: “Espiritualidade e Saúde: Crenças, Atitudes, Experiências e Expertise entre profissionais da Saúde” de Esperandio (2014) e Marques et al (2016). A escolha deste instrumentos, ocorreu por tratar-se exatamente do foco principal previsto para este estudo, além deste já ter sido utilizado em outros estudos similares (ESPERANDIO, 2014).

O instrumento pré-definido permitiu investigar: afiliação religiosa, crenças entre a relação E/R e Saúde, crenças E/R pessoais, religiosidade não organizacional (RNO), e *coping* religioso (CRE).

4.8 ANÁLISE DE RESULTADOS

A análise de dados foi quantitativa e os resultados foram descritos por média, desvio padrão, mediana e amplitudes. Variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais. A avaliação da associação entre variáveis categóricas foi feita considerando o teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher ($p < 0,05$). Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v. 14.1 StataCorpLP, USA.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com esta pesquisa foram analisados e apresentados em dois artigos:

5.1 ARTIGO 1

A INSERÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MUNICÍPIO DE CURITIBA: PERSPECTIVA DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS), tornaram-se uma Política Pública no Brasil a partir do ano de 2006. O objetivo da pesquisa foi investigar a implantação da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no município de Curitiba. A pesquisa foi dividida em duas fases: i. Estudo documental retrospectivo, quali-quantitativa, baseada em uma leitura sistemática dos relatórios das Conferências Municipais de Saúde (CMS); ii. Estudo transversal com coleta de dados primários através de entrevistas semiestruturadas com profissionais da atenção primária à saúde. Nas CMS, foram encontradas um total de 20 deliberações entre os anos analisados de 2005-2015 referentes às PICS, o que representa 0,71% do total. Os dados primários evidenciam que 81,3% dos profissionais de saúde desconhecem a PNPIC, mas 98,7% acreditam que a implantação de PICS traria benefícios ao seu território. Dessa forma, conclui-se que o processo de implementação da PNPIC no município de Curitiba ainda não se efetivou, mesmo 11 anos após a publicação da PNPIC, sendo importante elaborar medidas focadas na operacionalização e execução, orientadas a atender as necessidades à implantação efetiva das PICS no SUS, construídas de forma democrática, participativa e corresponsável entre gestores, profissionais e Conselhos de Saúde.

Palavras chaves: “Práticas Integrativas e Complementares”; “Conferências Municipais de Saúde”; “Controle Social”; “Sistema Único de Saúde”; “Saúde Coletiva”.

ABSTRACT

The Práticas Integrativas e Complementares (Integrative and Complementary Practices) – PICS -, became a Public Policy in Brazil from the year 2006. The objective of the research was to investigate the implementation of the National Policy of Integrative and Complementary Practices (NPICPs) in the city of Curitiba. The research was divided into two phases: i. A retrospective, qualitative and quantitative documentary study based on a systematic reading of the reports of the Conferências Municipais de Saúde (Municipal Health Conferences) - CMS; ii. Cross-sectional study with primary data collection through semi-structured interviews with

primary health care professionals. In the MHC, a total of 20 deliberations were found between the analyzed years of 2005-2015 referring to the ICPs, which represents 0.71% of the total. The primary data show that 81.3% of health professionals are not aware of the NPICPs, but 98.7% believe that the implementation of ICPs would bring benefits to their territory. Thus, it is concluded that the implementation process of the NPICPs in the city of Curitiba has not yet taken place, even 11 years after the publication of the NPICPs, and it is important to elaborate measures focused on operationalization and execution, aimed at meeting the needs for the effective implementation of ICPs in the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) - SUS, built in a democratic, participatory and co-responsible manner among managers, professionals and Health Councils.

Keywords: “Integrative and Complementary Practices”; “Municipal Health Conferences”; “Social Control”; “Unified Health System”; “Collective Health”.

INTRODUÇÃO

No Brasil os termos Medicina Alternativa e Complementar (MAC) ou também conhecida como Medicina Tradicional (MT), foram denominadas de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (PICS), e as mesmas surgem no país numa perspectiva de integralidade da atenção à saúde da população (SANTOS; TESSER, 2012). As diferentes terminologias designam o conjunto heterogêneo de práticas, saberes e produtos agrupados que não pertencerem ao escopo da medicina convencional (SOUSA; TESSER, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), incluiu a discussão da MAC/MT na sua agenda política no final da década de 1970, concomitante aos debates relacionados à desigualdade social, falta de acesso aos serviços básicos de saúde e elevada taxa de mortalidade entre a população. Inicialmente, como parte de uma estratégia internacional para expandir o acesso e o cuidado na atenção primária dos países pobres ou desprovidos de serviços médicos convencionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2001).

A incorporação da MAC/MT nos sistemas públicos de saúde, foi sugerida na Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, ganhando força no cenário mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). A proposta de incorporar as MAC/MT nos sistemas de saúde, indica que a população apresenta outras demandas na área, não contempladas pelo modelo biomédico vigente. Para uma grande parcela da sociedade, obter saúde significa ser cuidado, e estar saudável extrapola a ausência de doença, significando sentir-se alegre, com disposição para a

vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar bem com outras pessoas (PINHEIRO; LUZ, 2003), sugerindo que o paradigma vigente, não tem dado conta de encontrar um lugar para subjetividade do adoecimento (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO-JR, 2006).

As MAC/MT estão relacionadas a tratamentos complexos, com base teórica sólida que valorizam outras dimensões dos sujeitos, tratando-se de outras racionalidades médicas (LUZ, 2008; MOTTA; MARCHIORI, 2013).

No Brasil, encontram-se registros da MAC/MT no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), por meio de Relatórios e Portarias⁹. No entanto, apenas em fevereiro de 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o documento que embasou a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, publicada em forma de Portarias Ministeriais, nº 971, em 03 de maio de 2006 e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006a; 2006b).

Mesmo com a aprovação da PNPIC, sua efetivação no SUS, tem ocorrido de forma lenta. Dados oficiais como os do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), segundo ciclo, realizado entre abril de 2013 e agosto de 2014, que incluiu informações sobre as PICS, apresentam que neste período das 29.798 equipes de Atenção Básica no Brasil, apenas 5.666 realizavam PICS, e essas ações eram distribuídas em 3.787 estabelecimentos de saúde, em 1.230 municípios (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014).

No ano de 2017, o Ministério da Saúde refere crescimento relativo à incorporação das PICS, aumentando para 8.200 estabelecimentos de saúde ofertando PICS, distribuídos em 3.018 municípios, presentes em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018a) Considerando que o Brasil tem 5.570 municípios, além do Distrito Federal, e considerando que a lei foi promulgada no ano de 2006, conclui-se que incorporação das PICS vem ocorrendo lentamente entre os municípios. Algumas razões dessa morosidade são o baixo incentivo financeiro, poucos investimentos em formação e baixa avaliação e monitoramento, em especial referente a sua inserção na atenção primária à saúde (SOUSA; TESSER, 2017). Apesar do desafio da sua incorporação no SUS na APS, a busca e a utilização das PICS são crescentes em pessoas em todo o mundo (CONTATORE et al., 2015).

No Brasil, a PNPIC encontra-se em franco debate, gradativamente incorporando novas práticas. No ano de 2017 foram mais 14 novas práticas implementadas através da Portaria de nº 849/2017 de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017): Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala e Terapia Comunitária. No ano de 2018, no 1º Congresso Internacional de PICS sediado no Rio de Janeiro, passam a fazer parte da PNPIC mais 10 recursos terapêuticos. Agora incluindo apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. O Brasil então passa a contar com 29 práticas integrativas pelo SUS, despontando como um dos países com mais práticas incorporadas em sua política nacional (BRASIL, 2018b).

Considerando o crescente interesse e demanda da população em relação às PICS, o franco debate da política nacional e a relação entre bem-estar e ampliação de ofertas terapêuticas, esse estudo objetivou investigar a inserção das PICS na Política de Saúde de Curitiba.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa de dados, dividida em duas etapas: a primeira etapa documental retrospectiva e a segunda etapa de natureza quantitativa, com delineamento transversal.

ETAPA DOCUMENTAL

A etapa documental abrangeu coleta de dados secundários a partir da seleção, organização, leitura sistemática e análise dos relatórios finais das conferências municipais de saúde de Curitiba, totalizando seis documentos (CURITIBA, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013, 2015). A decisão pelo período de 2005-2015 deu-se em função do ano de aprovação da PNPIC (2006) até o último relatório vigente, com o intuito de perceber o impacto da PNPIC em âmbito municipal. Nestes documentos, houve busca ativa por termos/palavras-chave relacionadas às PICS, para identificação das propostas. Os descritores utilizados foram tradicional, integrativo, popular, natural, não hegemônico, não convencional, alternativo,

complementar; além dos termos homeopatia, fitoterapia, acupuntura, termalismo, crenoterapia e medicina antroposófica. Foram excluídas as citações fora do contexto das propostas/deliberações sobre PICS.

A partir dos nós críticos para a implementação da PNPIC, apontados por autores que publicam na área, foram selecionadas três categorias: *a priori*, a citar: destinação de recursos financeiros; estudos/pesquisas e formação/qualificação profissional, que seriam importantes para avaliar em que medida esses pontos críticos estão sendo contempladas nas propostas analisadas (BARROS et al., 2007; TESSER, 2009; ISCHKANIAN ; PELICIONI, 2011; MARQUES et al., 2011; RANDOW et al., 2016)

PESQUISA DE CAMPO

Na sequência ao estudo documental, realizou-se a pesquisa de campo de delineamento transversal observacional, no *locus* prioritário de execução da PNPICS, ou seja, em Unidades Saúde da Família (USF) com todos os profissionais das equipes multiprofissionais de saúde do Distrito Sanitário Tatuquara (DS), um dos 10 Distritos da capital paranaense. O DS Tatuquara é composto por 03 bairros, totalizando 82 mil habitantes, o que corresponde a 4,67% da população total de Curitiba, que segundo dados do IBGE (2010) são de 1.751.907 habitantes.

A seleção do território baseou-se no DS Tatuquara contar com 100% das suas UBS com ESF e ter apresentado o maior índice de vulnerabilidade (IVAB) do município, que leva em conta as variáveis sobre acesso ao trabalho, renda e escolaridade. Além disso, o DS Tatuquara é o mais afastado geograficamente do centro da cidade, o que sugere a necessidade de oferta diversificada de cuidados no território para viabilizar o acesso à saúde aos seus usuários.

Os dados foram coletados após a aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná e Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas entre os meses de junho a setembro de 2017, por equipe treinada e capacitada, com supervisão da pesquisadora principal. Foi realizado pré-teste para ajustes no conteúdo e ordem das perguntas.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: idade mínima 18 anos, estar lotado em USF do DS selecionado, aceitar participar da pesquisa e ser profissional da equipe multiprofissional e/ou autoridade sanitária.

As questões que embasaram o estudo foram as seguintes: (1) Você conhece a PNPIC? (2) Possui alguma formação em PIC? Se sim qual? (3) Você desenvolve alguma PIC na sua prática profissional no SUS? Se sim qual? (4) Você tem acesso ao encaminhamento do seu paciente para alguma PIC? Se sim, qual? (5) Você já foi usuário de alguma PIC? (6) Na sua opinião, as PICS podem trazer benefícios aos usuários se implementadas na APS? Se sim quais?

Para efeitos de análise criou-se a categoria “envolvimento com PICS” que refere se aos profissionais que possuam formação e/ou já foram usuário de alguma PICS.

A análise dos dados foi quantitativa e os resultados foram descritos por média, desvio padrão, mediana e amplitudes. Variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais. A avaliação da associação entre variáveis categóricas foi feita considerando-se o teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher ($p < 0,05$). Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v. 14.1 StataCorpLP, USA.

RESULTADOS

Primeira etapa da pesquisa: Documental

Em análise documental de 10 anos, foram aprovadas 2.975 propostas nas CMS de Curitiba, sendo que deliberações com PICS quase foram inexistentes neste período (0,71%).

Os termos mais utilizados para se referir as PICS foram: Práticas Complementares (2); Medicinas Naturais (2); Práticas Integrativas e Complementares (2); Terapias Alternativas (2); Práticas Integrativas e Alternativas (1) e Terapias Integrativas, alternativas e complementares (1). As PICS mais citadas: Fitoterapia (4); Homeopatia (3); Acupuntura (3) e Plantas Medicinais (1).

Dentre as deliberações, quando categorizadas a partir dos nós críticos da implementação das PICS, apenas dois tratam da destinação de recursos, um de estudo/pesquisa e um da formação dos profissionais.

Na tabela 1 estão descritos o quantitativo de propostas aprovadas nas CMS entre 2005-2015, percentual relativo a deliberações que envolvam PICS e seu detalhamento.

TABELA 1 – PERFIL DESCRITIVO DAS PROPOSTAS APROVADAS ENVOLVENDO PICS NAS CMS DE CURITIBA (2005-2015) (continua).

Ano	Propostas Aprovadas (N)	Total de Propostas Aprovadas referentes a PICS (n e %)	Propostas Aprovadas que envolvem PICS
2005	596	03 (0,5)	162. Enviar a tese {...} da Associação de Farmacêuticos Homeopatas do PR para CES. 289. {...} Garantir a continuação e a implementação do programa de fitoterapia da SMS {...}. 337. Estimular a incorporação de práticas saudáveis e acesso às medicinas naturais e práticas complementares {...}
2009	390	01 (0,25)	279. Implantar a PNPIC no SUS Curitiba.
2011	403	02 (0,49)	07. {...} incluir a acupuntura em odontologia. 220. Sensibilizar os homens para atividades de promoção {...} incluindo terapias alternativas e terapias corporais
2013	331	08 (2,40)	33. {...} promoção e prevenção, contemplando PICS para todos os segmentos {...} 103. {...} Incluir a acupuntura em odontologia {...} 142. Criação centro para PCd com terapias alternativas {...} 143. {...} Incluir a acupuntura em odontologia {...} 209. {...} Incorporar medicamentos fitoterápicos e homeopáticos 210. Implantar a PNPIC em todos os níveis de atenção {...} 211. Priorizar profissionais com titulação para atuar com PICS {...} qualificando os demais {...} para viabilizar a implantação destes serviços. 212. Ampliar a inserção de códigos existentes SAI/SUS para registro de PICS {...}

TABELA 1 – PERFIL DESCRITIVO DAS PROPOSTAS APROVADAS ENVOLVENDO PICS NAS CMS DE CURITIBA (2005-2015) (continuação).

Ano	Propostas Aprovadas (N)	Total de Propostas Aprovadas referentes a PICS (n e %)	Propostas Aprovadas que envolvem PICS
2015	246	04 (1,62)	59. {...} Incluir a acupuntura em odontologia {...} 107. {...} implantar as terapias integrativas e complementares com apoio irrestrito da SMS. 131. A SMS deverá realizar um estudo para a implantação de plantas medicinais e fitoterápicos nas US {...} 132. Incluir acupuntura e outras PICS na carteira de serviços da APS {...}
Total	2.795	20 (0,71)	

FONTE: AUTORA (2018).

Segunda etapa da pesquisa: Coleta de dados primários

Dos 253 profissionais de saúde, lotados em ESF no território estudado, foram entrevistados 240, o que corresponde a 94,9% dos trabalhadores. Dos 13 que não participaram da entrevista, quatro perdas por recusas (três foram médicos e um enfermeiro) e nove exclusões em função de afastamentos por licenças de saúde e licença prêmio.

Na tabela 2, quanto ao perfil demográfico e de atuação profissional, verificou-se um predomínio do sexo feminino (88,3%), de pessoas com companheiro (a) (65,8%) e filhos (83,8%). Referente à escolaridade, 51,3% dos profissionais apresentam nível médio, seguidos de 48,8% de nível superior.

TABELA 2 – VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NAS ESF EM CURITIBA, 2018 (continua).

Variável	Classificação	n	%
Idade (anos)	Média ± dp (min – max)	36,1 ± 9,7 (23,8 – 69,1)	
Sexo	Masculino	28	11,7
	Feminino	212	88,3
Estado civil	Sem companheiro(a)	82	34,2

TABELA 2 – VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NAS ESF EM CURITIBA, 2018. (continuação)

Variável	Classificação	n	%
Idade (anos)	Média ± dp (min – max)	36,1 ± 9,7 (23,8 – 69,1)	
Sexo	Masculino	28	11,7
	Feminino	212	88,3
Estado civil	Sem companheiro(a)	82	34,2
	Com companheiro(a)	158	65,8
Filhos	Sim	201	83,8
	Não	39	16,3
Escolaridade	Médio incompleto/completo	123	51,3
	Superior incomp/completo/pós-grad	117	48,7
Tempo da atuação (anos)	Média ± dp (min – max)	16,4 ± 8,8	(0,3 – 41)
Cargo	Auxiliar de Enfermagem	77	32,1
	ACS	64	26,7
	Enfermeiro	24	10,0
	Médico	22	9,2
	ASB/TSB	31	12,9
	Dentista	16	6,7
	ASL	6	2,5
Horas de trabalho	De 30 a 40	233	97,1
	Mais de 40	7	2,9

FONTE: AUTORA (2018)

Na tabela 3, os dados apresentados mostram que a 53,8% dos profissionais pesquisados apresentaram envolvimento e são usuários de PICS. 81,3% desconhecem a PNPIC e a quase totalidade dos entrevistados (98,7%), acreditam que a implantação de tais práticas no seu território traria benefícios aos usuários. Apesar disso, a formação em PICS é baixa (5,8%) e apenas 2,1% utilizam em seu espaço de trabalho.

TABELA 3 - COMPARAÇÃO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS, MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS QUANTO A VARIÁVEIS RELACIONADAS À PICS EM CURITIBA, 2018.

Variável	Total (n=240)	Agente Comunitário (n=64)	Médicos (n=22)	Outros Profissionais (n=154)	Valor de p*
Envolvimento com PICS					
Sim	129 (53,8)	19 (29,7)	14 (63,6)	96 (62,3)	<0,001
Não	111 (46,3)	45 (70,3)	8 (36,4)	58 (37,7)	
Conhece PNPICS					
Sim	45 (18,8)	4 (6,3)	11 (50)	30 (19,5)	<0,001
Não	195 (81,3)	60 (93,8)	11 (50)	124 (80,5)	
Possui Formação PICS					
Sim	14 (5,8)	1 (1,6)	4 (18,2)	9 (5,8)	0,016
Não	226 (94,2)	63 (98,4)	18 (81,8)	145 (94,2)	
Desenvolve PICS					
Sim	5 (2,1)	0 (0)	2 (9,1)	3 (2)	-
Não	235 (97,9)	64 (100)	20 (90,9)	151 (98,1)	
Acesso a Encaminhamento PICS					
Sim	41 (17,1)	4 (6,3)	9 (40,9)	28 (18,2)	<0,001
Não	199 (82,9)	60 (93,8)	13 (59,1)	126 (81,8)	
Usuário de PICS					
Sim	129 (53,8)	19 (29,7)	14 (63,6)	96 (62,3)	<0,001
Não	111 (46,3)	45 (70,3)	8 (36,4)	58 (37,7)	
Benefícios PICS APS					
Sim	237 (98,7)	64 (100)	21 (95,5)	152 (98,7)	-
Não	03 (1,3)	0 (0)	1 (4,6)	2 (1,3)	

FONTES: AUTORA (2018)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

(-) Teste não aplicável

Ao se estratificar por categoria profissional, os médicos e outros profissionais tem envolvimento duas vezes maior com PICS comparativamente aos agentes comunitários ($p < 0,0001$). No mesmo sentido, as variáveis: conhecer a PNPIC, possuir formação, encaminhar a PICS e ser usuário, foi estatisticamente maior entre os médicos comparativamente aos agentes comunitários de saúde. Vale destacar, que apesar de todos (100%) dos agentes comunitários de saúde avaliarem que as PICS podem trazer benefícios para os usuários, apenas 29,7% utiliza tais práticas.

Na tabela 4, que detalha a formação em PICS, verificou-se que 28,6% são homeopatas. Referente à possibilidade de encaminhamento, 63,4% dos entrevistados afirmam ser possível, sendo que destes, 63,4 relatam que o tratamento disponível é a acupuntura.

TABELA 4 – PERFIL DE FORMAÇÃO, REALIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DAS PICS NA ESF ENTRE PROFISSIONAIS.

	TOTAL	Agentes Comunitários (n=1)	Médicos (n=4)	Outros Profissionais (n=9)
Qual formação PICS (n=14)				
Homeopatia	4 (28,6)	-	3 (75)	1 (11,1)
Acupuntura	3 (21,4)	-	1 (25)	2 (22,2)
Massoterapia	3 (21,4)	1 (100)	-	2 (22,2)
Reiki	2 (14,3)	-	-	2 (22,2)
Shiatzu	1 (7,1)	-	-	1 (11,1)
Fitoterapia	1 (7,1)	-	-	1 (11,1)
Qual desenvolvimento PICS (n=5)				
	(n=5)	Agentes Comunitários (n=0)	Médicos (n=2)	Outros Profissionais (n=3)
Homeopatia	2	-	2 (100)	
Auriculoterapia	1	-	-	1 (33,3)
Acupuntura	1	-	-	1 (33,3)
Reiki	1	-	-	1 (33,3)
Qual acesso a encaminhamento PICS (n=41)				
		Agentes Comunitários (n=4)	Médicos (n=9)	Outros Profissionais (n=27)
Acupuntura	26 (63,4)	2 (50,0)	4 (44,4)	20 (74,1)
Homeopatia e acupuntura	9 (21,9)	1 (25,0)	3 (33,3)	5 (18,5)
Homeopatia	4 (9,8)	1 (25,0)	1 (11,1)	2 (7,4)
Fitoterapia	1 (2,4)	-	1 (11,1)	-
Não citou	1 (2,4)	-	-	-

FONTE: AUTORA (2018).

Na tabela 5 encontra-se a descrição do que foi citado como benefícios das PICS. 22,1% dos profissionais acreditam que elas possam melhorar as condições de saúde mental, seguidos de 20,8% que referem à diminuição do uso de medicação. Relativo à qual PIC deveria ser implementada no território, 14,6% apontam a acupuntura.

TABELA 5 - VARIÁVEIS RELATIVAS AOS BENEFÍCIOS DAS PICS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS.

Variável	Classificação	n	%
Benefícios (n=240)			
Melhora das condições de saúde mental	Sim	53	22,1
Diminuição do uso de medicação	Sim	50	20,8
Manejo da Dor Aguda e Crônica	Sim	47	19,6
Melhora da qualidade de vida e bem estar	Sim	31	12,9
Redução do estresse	Sim	22	9,2
Qual PIC traria mais benefícios (n=240)			
Acupuntura	Sim	35	14,6
Yoga	Sim	6	2,5
Homeopatia	Sim	9	3,8
Florais	Sim	4	1,7
Reiki	Sim	1	0,4

FONTE: AUTORA (2018).

DISCUSSÃO

Após análise dos Relatórios Finais das CMS, verificou-se que as propostas com PICS foram quase inexistentes (0,71%), poucas abordaram os nós críticos para sua implantação: financiamento, formação/qualificação e pesquisa, pouco propositivas e se repetindo durante os anos analisados.

Esses resultados evidenciam a periferização da temática frente às Políticas e Plano Municipal de Saúde, tornando evidente que essa política não foi tomada como prioritária para os gestores públicos (SALIBA et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2013). Os relatórios finais das CMS do Município de Curitiba corroboram a afirmação de Souza e Tesser (2017) de que existe um grande desafio na institucionalização dessas práticas, ainda que o Brasil tenha recebido lugar de destaque entre os países com sistemas universais de saúde com a elaboração da PNPIC. Ou seja, transpor a Política Nacional em ações efetivas no âmbito municipal, ainda é um desafio a ser superado com o necessário fortalecimento da atenção básica.

Com base no objetivo estratégico da OMS (2014-2023), que trata da necessidade de se criar uma base de conhecimentos para a gestão ativa das PICS através de políticas Públicas adequadas, para além da análise documental, também

foi realizado a etapa de coleta de dados primários para compreender as práticas e os profissionais envolvidos com PICs no território.

Com relação a isso, os profissionais que atuam na APS no DS pesquisado são predominantemente do sexo feminino, possuem companheiro (a), tem filhos, trabalham uma média de 40 horas semanais, com mais de oito anos na saúde pública e dividem-se entre os níveis médio e superior, apresentando escolaridade compatíveis as funções desempenhadas. Este perfil é semelhante ao descrito em outras pesquisas nacionais (MARSIGLIA, 2011; SANTINI et al., s/data; THIAGO; TESSER, 2011).

Referente ao conhecimento da PNPIC, 18,8% afirmaram conhecer a Política, dado similar ao encontrado por Thiago e Tesser (2011) numa pesquisa realizada com médicos e enfermeiros, onde relatam que 10,8% tem conhecimento sobre a PNPIC. Galhardi, Barros e Leite-Mor (2014) identificaram que entre gestores, 26% conhecem a PNPIC. As diferentes pesquisas revelam que o conhecimento da política é pequeno, sugerindo refletir se os meios adotados para sua disseminação são efetivos.

Quanto à instrução em PICS, 5,8% dos profissionais entrevistados possuem formação. Destes, 18,2% são médicos e tem formação em: homeopatas, acupunturistas e massoterapias. Segundo Sousa et al. (2012), em Campinas, Florianópolis e Recife, 83% dos profissionais com formação em PICS são da categoria médica, também com formação em acupuntura e homeopatia, revelando a prevalência da categoria médica com formação.

Cunha (2005), fomenta que as PICS não deveriam ser uma especialidade profissional, mas um recurso para o profissional, que irá eleger dentre os recursos terapêuticos os mais adequados para cada paciente, dentro da AB. O acesso a formação dos profissionais deveria ser viabilizado através de uma política municipal com possibilidade para todas as categorias da equipe multiprofissional, dado não confirmado pelos achados.

Ao se referir ao desenvolvimento de PICS no SUS, 35,7% utilizam na sua prática. Sendo a homeopatia e acupuntura as práticas mais utilizadas no território pesquisado. Outras pesquisas apontam a prevalência destas mesmas praticas na AB. Para Thiago e Tesser (2011), a homeopatia e a acupuntura são as práticas mais presentes na AB. Gontijo e Nunes (2017), destacam que acupuntura, fitoterapia e

homeopatia são as práticas que os profissionais de saúde mais conhecem e tem maior experiência.

Quanto ao acesso ao encaminhamento as PICS, apenas 17,1% dos entrevistados relataram a possibilidade de encaminhar para serviços de homeopatia e acupuntura, o que demonstra desconhecimento do território,—considerando que Curitiba possui na atenção secundária, ambulatório com essas ofertas. Este ambulatório atende a todos os DSs, a partir de encaminhamento médico das UBS, sujeito a regulação de vagas, o que implica em barreiras de acesso aos usuários.

A criação de ambulatórios especializados em PICS, segundo Sousa e Tesser (2017), trata-se de uma estratégia que dificulta o acesso e da difusão dessas práticas, além de necessitar maior número de profissionais e reduzir o potencial integrador de cuidado com a atenção básica.

Entre os entrevistados, 53,8% dos profissionais relataram serem usuários de PICS, sendo que os profissionais médicos e os de outras categorias são os que revelam maior uso - 63,6% e 62,3% respectivamente, contrapondo os dados de menor uso pelos ACS (29,7%). Diversos estudos confirmam estes resultados demonstrando a aceitação das PICS pelas diferentes categorias profissionais e a dificuldade de acesso para os ACS, como essas ofertas ainda não estão disponíveis no SUS (THIAGO; TESSER 2011; PARANAGUÁ et al., 2008; FONTANELLA et al., 2007).

Segundo Bertoldi et al (2016), em estudo de base populacional de 2014, a prevalência global do uso de medicamentos foi de 50,7% no Brasil. Não foram encontradas estudos de bases populacionais sobre a prevalência do uso de PICS, mas quando comparado aos achados com o presente estudo, embora esse esteja focado em profissionais de saúde da atenção primária, o dado mostra-se superior ao de base populacional (53,8%). Este fato sugere a necessidade de se problematizar o termo “complementar”, definido como acessório, adicional, dependente, dispensável ou secundário (site Sinônimos.com.br), já que a prevalência de medicamentos no Brasil foi menor comparativamente ao uso das PICS na população de estudo. O termo “integrativo”, definido pelo *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (2010), quando usadas conjuntamente à biomedicina sendo mais adequado ao uso destas práticas (NATIONAL CENTRE FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH, 2011).

A pesquisa corrobora com outras pesquisas nacionais: Gontijo e Nunes (2017), Galvanese, Barros e Oliveira (2017), quanto aos benefícios do uso das PICS no manejo de dores crônicas, condições de saúde mental e diminuição de medicação. Azevedo e Pelicioni (2012), apontam outros motivos que levam as pessoas a procurarem as PICS tais como: a insatisfação com a medicina convencional, os efeitos colaterais das drogas clássicas, a busca de incremento da relação médico-paciente e a busca por um tratamento que considere a pessoa como um ser integral.

Quanto as práticas que os profissionais gostariam que estivessem disponíveis em seu território, todas estão presentes na PNPIC e também se enquadram nas mais divulgadas pela mídia e na categoria de práticas médicas completares, a saber: fitoterapia, acupuntura e homeopatia, o que também aparece em outros estudos desta ordem (BERTOLDI et al., 2016; GONTIJO; NUNES, 2017).

As limitações encontradas nesta análise se configuram pela delimitação do território estabelecido, sendo possível que a ampliação deste permitiria outros achados. Houve todo cuidado para assegurar a confiabilidade na coleta dos dados e nos aspectos éticos de pesquisa com os entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível assegurar que existe um crescente interesse e aceitação das PICS pelos profissionais da saúde da ESF, visto que tais terapias contribuem para a legitimidade da clínica ampliada e da oferta de diferentes recursos terapêuticos na perspectiva da atenção integral à saúde e bem estar, contudo isto não vem se traduzindo na sua incorporação no SUS, e em especial na AB. Os desafios do cuidado referente às condições de saúde mental, dor crônica, e uso de medicação são alguns dos fatores relevantes para embasar a discussão da efetivação de novas ofertas de cuidado.

Face aos desafios do aumento das doenças crônicas, sofrimentos psíquicos e o envelhecimento populacional, que deflagra as limitações do modelo de cuidado médico dominante focado nas doenças, são imprescindíveis o avanço na inserção das Práticas Integrativas e Complementares nos Sistemas Públicos Municipais de Saúde como um dos meios para o acesso universal e integral à saúde da pessoa e da comunidade promovida de forma multiprofissional.

Para concretizar a política municipal de PICS, torna-se necessário o fomento e discussão em diferentes fóruns e arenas políticas, demandando de todos os segmentos (usuários, trabalhadores e gestores) investimento para incorporação de tais estratégias de cuidado no SUS. Além disso, é necessário investir na disseminação das informações e das evidências, por meio de pesquisas, embasando os diferentes segmentos para discussões qualificadas e assim, contribuir para efetivação da Política de Práticas Integrativas no âmbito municipal, valorizando a integralidade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 361-378, Nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 10 Ago. 2017

BARROS, N.F. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro V.23, n.12, p.3066-69. Nov.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 Mar. 2017

BERTOLDI, A.D.; PIZZOL, T.S.D.; RAMOS, L. R.; MENGUEI, S.S.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U. L.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA, M. A.; ARRAIS, P. S. D. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Rev Saúde Pública**. São Paulo. V.50, N.2, p.1-11. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006119.pdf> Acessado em: 25 de Abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 971, de 4 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União 4 de maio 2006**.(2006a) <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html> Acessado em 17 Abr. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). (2006b) Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html>Acessado em 05 Jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)**. 2014. Disponível em <http://qdab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2205>

Acessado em 14 Mar. 2017. . Acessado em: 20 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº849 de 27 de março de 2017. Disponível em:<<http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/portaria-849-27-de-mar%C3%A7o-2017-Praticas-integrativas-e-complementares-2.pdf>> Acessado em 20 Jul. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2.Ed. Brasília. DF, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais 10 práticas integrativas são inseridas na PNPIC**. Departamento de Atenção básica, 2018b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2872>. Acessado em: 20 Jun. 2017.

COMPLEMENTAR. In:**Dicionário de sinônimos**. Disponível em: <<https://www.sinonimos.com.br/equiparacao/>>.Acessado em 29 Abr. 2018

CONTATORE ET AL. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet**. Rio de Janeiro. V.20, n.10, p. 3263-73,2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3263.pdf>>. Acessado em: 10 de Abr. 2017

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CURITIBA. **Relatório Final da 8º CMS**. In Conferência Municipal de Saúde, 8. 2005, Curitiba. Disponível em:

<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_005.pdf> f> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA.**Relatório Final da 9º CMS**. In Conferência Municipal de Saúde, 9. 2007, Curitiba. Disponível em:

<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_004.pdf> f> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 10º CMS**. In Conferência Municipal de Saúde, 10. 2009, Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_003.pdf> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 11º CMS**. In Conselho Municipal de saúde de Curitiba. Conferência Municipal de Saúde, 11. 2011, Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_002.pdf> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 12º CMS**. Conselho Municipal de saúde de Curitiba. In Conferência Municipal de Saúde, 12. 2013, Curitiba. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/12%C2%AA%20Confer%C3%Aancia%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%20de%20Curitiba%201.pdf>> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 13º CMS**. Conselho Municipal de saúde de Curitiba. In Conferência Municipal de Saúde, 13. 2015, Curitiba. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Relat%C3%B3rio%2013%C2%AA%20CMS-%20FINALIZADO%20Fevereiro.2016.pdf>> Acessado em 20 Jun 2017.

FONTANELLA F.; SPECK F.P.; PIOVEZAN A.P.; KULKAMP I.C. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arq Catarin Med**. V.36, n.2, p.69-74. Abr-Jun 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf>>. Acessado em 10 Ago.2017.

GALHARDI, W.M.P.; BARROS, N.F.; LEITE-MOR, A.C.M.B. Institucionalização de práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde. **Rev Hist Cienc Saude - Manguinhos**. Rio de Janeiro. V.21, n.1, p.361-3. Jan-Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00361.pdf>>. Acessado em: 15 Jul. 2017.

GALVANESE, A.T.C.; BARROS, N.F.; OLIVEIRA, A.F.P.L. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária no município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.33, n.12, p.1-13. 2017 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00122016.pdf>>. Acessado em 03 Jun. 2017

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO-JR, K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc**

Saúde Colet . Rio de Janeiro. V.11, n.4, p. 1093-1103. Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32345.pdf>>. Acessado em: 08 Set. 2017.

GONTIJO, M.B.A.; NUNES, M.F. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais no serviço público de saúde. **Rev Trab. Educ. Saúde** .Rio de Janeiro.V.15, n.1, p. 301-20. Abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00040.pdf>>. Acessado em: 22 Set. 2017.

ISCHKANIAN, P.C.; PELICIONI M.C.F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev Bras Crescimento Desenv Hum** . São Paulo. V.22,n.1,p. 233-38. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_16.pdf>.Acessado em 05 Ago, 2017.

LUZ, M.T. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev Bras saúde família**. (Edição especial),p.8-19.2008.Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2481.pdf>>. Acessado em 14 Set. 2017.

MARQUES, L. A. M.; VALE, F. V. V. R.; NOGUEIRA, V. A. S.; MIALHE, F. L.; SILVA, L. C. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população são-joanense. **Physis**. Rio de Janeiro. V.21, n.2, p.663-74. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a17v21n2.pdf>>. Acessado em: 10 Set. 2017.

MARSIGLIA R.M.G. Perfil dos trabalhadores na atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Rev Saúde Soc**. São Paulo. V.20, n.4, p.900-11. Dez. 2011.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/08.pdf>> Acessado em:10 Out. 2017

MOTTA P.M.R.; MARCHIORI, R.A. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.29, n.4, p. 834-5. Abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400022> Acessado em: 25 Ago. 2017.

NASCIMENTO, M.C.; BARROS, N.F., NOGUEIRA, M.I.; LUZ M.T. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. V.18, n.12, P. 3595-3604. Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a16v18n12.pdf>> Acessado em: 05 Jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra; 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf>. Acessado em : 20 Jun. 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Genebra; 2013. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>> . Acessado em 20 Jun. 2017.

PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUZA, M. A.; SIQUEIRA, K. M. As práticas integrativas na estratégia de saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev Enfermagem**. Rio de Janeiro .V17, n.1, p. 75-80. Jan-Mar, 2009. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=17516&indexSearch=ID>> Acessado em: 20 Out. 2017

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In Pinheiro R, Mattos R.A (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO : 2003. (p. 7-34).

RANDOW, R.; CAMPOS, K.C.; ROQUETE, F.F.; SILVA, L.T.H.; DUARTE V.E.S., GUERRA, V.A. Periferização das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: desafios da implantação do Lian Gong como prática de promoção à saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza.v. 29 (Supl), p.111-7. Dez 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6412/5219>> Acessado em: 11 Out. 2017

SALIBA, N.A.; MOIMAZ,S.A.S.;FERREIRA,N.F.;CUSTÓDIO,L.B.M. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **RAP**.Rio de Janeiro.V. 43, n.6, p. 1369-78. Nov-Dez, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>> Acessado em: 18 Set. 2017.

SANTINI, S.M.L.; JEDLICZA,J.R.S.; NUNES, E.F.P.A.;BORTOLETTO, M.S.S. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. In: CONSA. III Congresso Consad de Gestão Pública. **Anais...** Disponível em: <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_I_II_congresso_consad/painel_3/Perfil_dos_profissionais_das_equipes_de_saude_da_familia_em_municipios_de_pequeno_porte_de_uma_regional_de_saude_do_parana_e_suas_condicoes_de_trabalho.pdf> . Acessado em: 23 Jul. 2017.

SANTOS M.C.; TESSER, C.D.; Um método para implantação e promoção de acesso à práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Ciênc Saúde Colet.** Rio de Janeiro.V.17, n.11, p.3011-24. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>> Acessado em: 25 Jul. 2017.

SOUSA I. M.C.; BODSTEIN,R.C.A.;TESSER,C.D.;SANTOS, F.A.S.;HORTALE, V.A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados.**Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro. V.28, n.11, p. 2143-54. Nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/14.pdf>> Acessado em 12. Set. 2017.

SOUSA, I.M.C.; TESSER C.D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro.V.33, n. 1, p.1-15. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>>. Acessado em: 10 Set. 2017.

TESSER,C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. V.25, n.8, p. 1732-1742. Ago, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/09.pdf>>. Acessado em: 12 Out. 2017.

THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre terapias complementares. **Rev Saúde Pública.** São Paulo. V.45, n. 2, p.249-57. Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/en_2243.pdf>.Acessado em: 20 Jul. 2017.

U.S.A. Department of health and Human Sevices. National centre for complementary and integrative health .**The use of Complementary and Alternative medicine in the United States.** Abr 2011. Disponível em: <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/news/camstats/2010/NCCAM_aarp_survey.pdf>. Acessado em 20 Jan. 2017

STROHER, L.E.M. **A metrópole e o planejamento urbano:** revisitando o mito da Curitiba-modelo. Dissertação (Mestrado em planejamento urbano e regional FAUSP, São Paulo: 2014. [Acessado em 20/07/17]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16139/tde-18092015154553/publico/laisastroher.pdf>

5.2 - ARTIGO 2

ABORDAGEM DA DIMENSÃO ESPIRITUAL /RELIGIOSA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA RELEVÂNCIA PARA OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

RESUMO

As implicações da espiritualidade/religiosidade (E/R) na saúde, vêm sendo cientificamente avaliadas e documentadas, demonstrando sua relação com vários aspectos da saúde, destacando-se a saúde mental. O objetivo deste artigo, é investigar as crenças dos profissionais de saúde que atuam na APS em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da relação E/R e Saúde e seu envolvimento com PICS, identificando o potencial de integração desta dimensão no cuidado em saúde no SUS, com enfoque na saúde mental. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de dados, com delineamento transversal. Foram entrevistados 240 profissionais no município de Curitiba. Os achados apontam alta incidência de crenças relativas à relação E/R e saúde. Os entrevistados acreditam que problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para religião, acreditam que os pacientes gostariam de trazer as questões E/R para o tratamento, porém, poucos profissionais abordam essa dimensão no cuidado ao usuário e na sua maioria afirmam precisar de formação sobre o tema. Conclui-se, que a relação E/R e saúde trata-se de um tema relevante para APS. Os profissionais demandam qualificação, além da necessidade de estratégias inovadoras para efetivar um cuidado integral e humanizado. Trazendo como contribuição deste estudo, as Práticas Integrativas e Complementares como possível arranjo, principalmente nos cuidados referentes à saúde mental, considerando a sua aceitação e natureza integrativa.

Palavras Chave: “Espiritualidade”; “Religiosidade”; “Saúde Coletiva”; “Saúde Mental”.

ABSTRACT

The implications of Spirituality/Religiosity (S/R) on health have been scientifically evaluated and documented, demonstrating its relation with several aspects of health, with emphasis on mental health. The purpose of this article is to investigate the beliefs of health professionals working in PHC in Unidades Básicas de Saúde (Basic Health Units) – UBS - with the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy) - ESF - about the relation between S/R and Health and their involvement with ICPs, identifying the potential of integrating this dimension into health care in Sistema Único de Saúde (Unified Health System) - SUS, with a focus on mental health. It is a quantitative research of data, with a cross-sectional design. 240 professionals were interviewed in the city of Curitiba. The findings point to a high incidence of beliefs related to the relation S/R and health. Respondents believe that health problems cause people to turn to religion, believe that patients would like to bring the S/R questions to treatment, however few professionals address this dimension in the care of the user and most claim to need training on the subject. It is

concluded that the relation S/R and health is a relevant topic for PHC. Professionals demand qualification, as well as the need for innovative strategies to achieve comprehensive and humanized care. Bringing as a contribution of this study, the Integrative and Complementary Practices as a possible arrangement, mainly in the mental health care, considering its acceptance and integrative nature.

Keywords: “Spirituality”; “Religiosity”; “Collective Health”; “Mental health”.

INTRODUÇÃO

A relação entre religião e medicina ocorre desde tempos remotos, contudo, na renascença até o século XX houve uma cisão entre essas áreas, sendo retomada a discussão somente na década de 1960 (KOENIG, 2012). O interesse na relação espiritualidade/religiosidade (E/R) e saúde, vêm crescendo exponencialmente nas duas últimas décadas, a ponto da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecê-la como dimensão importante da qualidade de vida (OMS, 2013).

No Brasil, o tema ganhou maior destaque a partir do ano de 2009 (HEFTI; ESPERANDIO, 2016). Dados do IBGE (2010) apontam que 92% da população brasileira se declaram religiosa, sendo as religiões católicas (64,6%) e evangélicas (22,2%) as mais frequentes. Em Curitiba, 93,2% da população se considera religiosa, destes, 62,12% são católicos e 24,24% evangélicos.

Com a retomada da discussão entre E/R e Saúde, surge o conceito da chamada “Espiritualidade baseada em evidências”, que estuda os mecanismos pelos quais a fé levaria a desfechos clínicos e de que forma esse assunto deveria ser abordado na prática clínica (LUCCHETTI et al., 2010).

Conceitualmente religião e espiritualidade se distinguem, sendo que a religião é o sistema organizado de crenças e práticas desenvolvidas para facilitar a proximidade com o transcendente, o aspecto institucional da espiritualidade (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). Já a espiritualidade refere-se a busca essencial de cada indivíduo do significado e propósito de sua vida, não precisando envolver religião, podendo ser completamente secular (KOENIG, 2012).

No livro *Handbook of Religion and Health*, em suas duas edições, mais de 3.000 artigos foram analisados a fim de investigar as relações - tanto positivas quanto negativas - da E/R com funções imunológicas, endócrinas, cardiovasculares, estresse, doenças relacionadas ao comportamento, mortalidade e transtornos

mentais de indivíduos e comunidades (KOENIG, 2001; KOENIG, 2012; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Entre estas áreas pesquisadas, o maior nível de evidência científica encontrado na atualidade refere-se ao impacto positivo da E/R na Saúde Mental (KOENIG, 2001; KOENIG, 2012).

Em uma revisão sistemática com 850 artigos, verificou-se que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico e a redução de quadros de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, além da diminuição no uso/abuso de álcool/drogas (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007), dados reiterados em estudos de Metanálise realizados por Gonçalves et al. (2015).

Tais evidências, no campo da saúde mental, demonstram a importância da discussão da E/R nos Sistemas, Políticas e Serviços de Saúde, já que de acordo com *Survey* publicada pela OMS, em 2017, o Brasil lidera a prevalência de distúrbios de ansiedade e está entre os cinco países com maior prevalência de depressão no mundo (OMS, 2017).

Este desafiador problema de saúde fica mais evidente no setor público, pois sabe-se que uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Primária à Saúde (APS) apresentam algum transtorno mental, de acordo com o CID 10 (BRASIL, 2013).

Os dados revelam que demandas de saúde mental são altamente prevalentes na APS, os profissionais de saúde são convocados a intervir nestas demandas, segundo recomendação da própria OMS (AMARANTE, 2015). De acordo com Paulon e Neves (2013), existe um consenso na literatura nacional e internacional de que muitas das demandas de saúde mental, são situações que podem e devem ser resolvidas com intervenções na própria APS - primeiro nível de atenção que sustenta-se no princípio da integralidade, articulando ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, porém, demandam da equipe multiprofissional o desenvolvimento de estratégias e tecnologias para esse cuidado (SOUSA; HAMANN, 2009).

Sendo assim, a apropriação da saúde mental pelas equipes da APS, assim como o desenvolvimento de competências para intervenção, mostra-se uma questão relevante e desafiadora no Sistema Único de Saúde (SUS). O eixo central da questão é: como é possível incluir a dimensão E/R no SUS, em especial na APS,

possibilitando assim, a integralidade nos cuidados em saúde e em especial no cuidado a demandas de saúde mental da população?

Sugere-se a partir deste questionamento, que uma das estratégias possíveis para essa integração, seja a efetivação da Política de Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Destacando que PICS refere-se ao conjunto heterogêneo de saberes e produtos agrupados que não pertencem ao escopo da medicina convencional (SOUSA; TESSER, 2017), que valorizam as crenças da população e privilegiam procedimentos/medicamentos harmonizantes do potencial de reequilíbrio da dimensão espiritual com outras dimensões do humano (TESSER; BARROS, 2008; ANDRADE; COSTA, 2010; MOTTA; MARCHIORI, 2013).

Considerando que a maioria das pesquisas realizadas sobre E/R e saúde são em países em que o sistema de saúde é privado, como nos Estados Unidos da América e países Europeus, e segundo recomendação da WPA de que há a necessidade de mais pesquisas sobre religião e espiritualidade na saúde, este estudo teve como objetivo investigar as crenças dos profissionais de saúde que atuam na APS em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da relação E/R e Saúde, seu envolvimento com PICS, identificando o potencial de integração desta dimensão no cuidado em saúde no SUS, com enfoque na saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de dados, com delineamento transversal, realizada em Unidades de Saúde com ESF com todos os profissionais das equipes multiprofissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e autoridades sanitárias locais), executada em um dos dez Distritos Sanitários (DS) de Saúde da capital Paranaense, o Distrito Sanitário Tatuquara.

O DS Tatuquara é composto por 03 bairros, totalizando 81.959 habitantes, o que corresponde a 4,67% da população total de Curitiba, que segundo dados do IBGE (2010) é de 1.751.907 habitantes.

A seleção do território baseou-se no DS Tatuquara contar com 100% das suas UBS com ESF e ter apresentado o maior índice de vulnerabilidade (IVAB) do município, cujas dimensões avaliadas foram acesso ao trabalho e renda, e

escolaridade (SMS, 2017). Outro fator relevante para escolha do Tatuquara, se deu pelo fato de ser o DS mais afastado geograficamente do centro da cidade, o que sugere a necessidade de oferta diversificada de cuidados no próprio território, buscando garantir o acesso à saúde de seus usuários.

Os dados foram coletados entre os meses de junho a setembro de 2017, após a aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Comitê de Ética e Viabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Foi realizada por equipe treinada e capacitada (duas psicólogas e duas estudantes de biomedicina), com supervisão da pesquisadora principal. Foi realizado pré-teste para ajustes no conteúdo e manejo do instrumento.

Os critérios de inclusão foram: idade mínima 18 anos, estar lotado em UBS com ESF de Curitiba selecionada para pesquisa, aceitar participar da pesquisa, ser profissional da equipe multiprofissional e/ou autoridade sanitária.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, composta por uma primeira seção com questões referentes ao levantamento sociodemográfico, atuação profissional e envolvimento com PICS, definindo “envolvimento com PICS” como possuindo formação e/ou sendo usuário de alguma prática.

Para coleta dos dados referentes às crenças E/R foi utilizado o Questionário: Espiritualidade e Saúde: Crenças, Atitudes, Experiências e Expertise entre profissionais da Saúde de Esperandio (2014) e Marques et al. (2016) por tratar o questionário exatamente do foco principal deste estudo e já ter sido utilizado em outros estudos similares (ESPERANDIO, 2015).

O instrumento pré-definido permitiu investigar: afiliação religiosa, crenças entre a relação E/R e Saúde, crenças E/R pessoais, religiosidade não organizacional (RNO), e *coping* religioso (CRE).

A análise dos dados foi quantitativa e os resultados foram descritos por média, desvio padrão, mediana e amplitudes. Variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais. A avaliação da associação entre variáveis categóricas foi feita considerando o teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher ($p < 0,05$). Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE v. 14.1 StataCorpLP, USA.

RESULTADOS

Dos 253 profissionais de saúde lotados em ESF no território estudado, foram entrevistados 240, o que corresponde a 94,9% dos trabalhadores. Dos 13 que não participaram da entrevista, 4 foram recusas (03 médicos e 01 enfermeiro) e 9 perdas (por afastamentos).

Na tabela 1, verificou-se um predomínio do sexo feminino (88,3%), de pessoas com companheiro(a) (65,8%), e com filhos (83,8%). Quanto à escolaridade, 51,3% dos profissionais apresentam nível médio, seguidos de 48,8% de nível superior. Referente ao “envolvimento com PICS”, verificou-se em 53,8% dos participante.

Relativo a afiliação religiosa, mais da metade dos entrevistados são católicos (52,9 %), havendo grande sincretismo religioso: 13,3 são evangélicos filiados, 5% evangélicos não filiados, e 12,1% mencionaram outras filiações como: Mórmon, Umbanda, Espírita, Candomblé, Xamânica, Presbiteriana, Congregação Cristã, Quadrangular, Caminho Interno: Panteísta, Batista, Perfeita Liberdade, Visão Missionária, Comunidade Alcance e Adventista.

TABELA 1 – VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS, ATUAÇÃO PROFISSIONAL E ENVOLVIMENTO COM PICS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DAEESF, CURITIBA, 2018 (continua).

Variável	Classificação	n	%
Idade (anos)	Média ± dp (min – max)	36,1 ± 9,7 (23,8 – 69,	
Sexo	Masculino	28	11,7
	Feminino	212	88,3
Estado civil	Sem companheiro(a)	82	34,2
	Com companheiro(a)	158	65,8
Filhos	Sim	201	83,8
	Nao	39	16,2
Escolaridade	Médio incompleto/completo	123	51,3
	Superior incomp/completo/pós	117	48,8
Afiliação Religiosa	Ateísta	3	1,3
	Sem Religião mas acredita em Deus	32	13,3
	Católico	127	52,9
	Evangélico não afiliado	12	5,0
	Evangélico afiliado	32	13,3
	outros	29	12,1
	Católico e outros	5	2,1

TABELA 1 – VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS, ATUAÇÃO PROFISSIONAL E ENVOLVIMENTO COM PICS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DAEESF, CURITIBA, 2018 (continuação).

Variável	Classificação	n	%
Tempo da atuação (anos)	Média ± dp (min – max)	16,4 ± 8,8	(0,3 – 41)
Cargo	Auxiliar de Enfermagem	77	32,1
	ACS	64	26,7
	ASB/TSB	31	12,9
	Enfermeiro	24	10
	Médico	22	9,2
	Dentista	16	6,7
	ASL	6	2,5
Horas de trabalho	De 30 a 40	233	97,1
	Mais de 40	7	2,9
Envolvimento com PICS	Sim	129	53,8
	Não	111	46,3

FONTE: AUTORA (2018).

Na tabela 2, entre os entrevistados, 37,5% consideram se espiritualizados mas não religiosos, seguidos de 32,9% que são espiritualizados e religiosos e apenas 6,3% afirmam não serem espiritualizados nem religiosos. A maioria dos profissionais realiza atividades religiosas individuais mais de uma vez ao dia (69,6%) e esforçam se para viver de acordo com suas crenças E/R (87,1%). A maioria fundamenta suas vidas em sua espiritualidade (81,7%) e acreditam que a espiritualidade os ajuda a manter suas vidas equilibradas e estáveis (93,7%), também afirmam que a E/R os ajudam em momentos de sofrimento (95,8%) e utilizam suas crenças E/R para lidar com situações difíceis na vida (95,8%).

TABELA 2 – CRENÇAS E PERFIL E/R DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF DE CURITIBA (continua)

Crenças e Perfil E/R	Resposta	n	%
Eu me considero uma pessoa	Espiritualizada mas não religiosa	90	37,5
	Religiosa e espiritualizada	79	32,9
	Religiosa	56	23,3
	Nem espiritualizada, nem religiosa	15	6,3

TABELA 2 – CRENÇAS E PERFIL E/R DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF DE CUTITIBA (continuação).

Crenças e Perfil E/R	Resposta	n	%
Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?	Mais de uma vez ao dia/diariamente	167	69,6
	Uma ou mais vezes por semana	47	19,6
	Poucas vezes por mês/raramente/nunca	26	10,8
Eu me esforço em viver toda a minha vida de acordo com minhas crenças espirituais/religiosas	Concordo	209	87,1
	Nem concordo, nem discordo	5	2,1
	Discordo	26	10,8
Toda a minha vida fundamenta-se em minha espiritualidade	Concordo	196	81,7
	Nem concordo, nem discordo	6	2,5
	Discordo	38	15,9
A espiritualidade me ajuda a manter minha vida equilibrada e estável	Concordo	225	93,7
	Nem concordo, nem discordo	7	2,9
	Discordo	8	3,4
Em tempos de sofrimento ou dificuldade em minha vida, minha Espiritualidade/religiosidade me ajudam com a situação	Verdadeira	230	95,8
	Nem verdadeira, nem falsa	2	0,8
	Falsa	8	3,3
Frequentemente utilizo minhas crenças espiritual/religiosa para lidar com situações difíceis em minha vida	Verdadeira	230	95,8
	Nem verdadeira, nem falsa	1	0,4
	Falsa	9	3,8

FONTE: AUTORA (2018).

Na tabela 3, quanto à percepção dos profissionais referente à relação de saúde e E/R, 92,5% dos entrevistados acreditam que problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para religião.

Os entrevistados concordam que as práticas religiosas interferem no tratamento de saúde, negativa (80,4%) ou positivamente (95,5%). Quase em sua totalidade, os profissionais (96,7%) afirmam ser importante compreender a relação entre espiritualidade e saúde.

A maioria (75,8%) acreditam que os pacientes gostariam de trazer as questões de sua E/R para o tratamento, porém apenas 40,1% aborda sobre o tema no cuidado ao usuário. A maior parte dos profissionais afirma necessitar de qualificação para integrar a dimensão E/R no tratamento (81,3%).

TABELA 3 – PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA REFERENTE À RELAÇÃO ENTRE E/R E SAÚDE, CURITIBA, 2018 (continua).

Percepção dos Profissionais	Resposta	n	%
Problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para a religião.	Concordo	222	92,5
	Nem concordo, nem discordo	6	2,5
	Discordo	12	5
Determinadas práticas religiosas interferem negativamente no tratamento de saúde.	Concordo	193	80,4
	Nem concordo, nem discordo	4	1,7
	Discordo	43	18
A religiosidade do paciente (tais como orações, reza, meditação, frequência a um grupo religioso) coopera no tratamento.	Concordo	233	97,1
	Nem concordo, nem discordo	4	1,7
	Discordo	3	1,2
A espiritualidade do usuário tem influência positiva em seu tratamento	Concordo	229	95,5
	Nem concordo, nem discordo	3	1,3
	Discordo	8	3,4
É importante para o profissional da área da saúde compreender melhor a relação entre saúde e espiritualidade	Concordo	232	96,7
	Nem concordo, nem discordo	1	0,4
	Discordo	7	2,9
É importante reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes.	Concordo	221	92,1
	Nem concordo, nem discordo	8	3,3
	Discordo	11	4,6

TABELA 3 – PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA REFERENTE À RELAÇÃO ENTRE E/R E SAÚDE, CURITIBA, 2018 (continuação).

Percepção dos Profissionais	Resposta	n	%
Os usuários gostariam de trazer as questões espirituais/religiosas para o tratamento	Verdadeira	182	75,8
	Nem verdadeira, nem falsa	14	5,8
	Falsa	44	18,4
Profissionais de saúde deveriam receber formação sobre como abordar as questões espirituais / religiosas do paciente durante o tratamento	Concordo	195	81,3
	Nem concordo, nem discordo	10	4,2
	Discordo	35	14,6
Sinto-me confortável em abordar questões espirituais / religiosas durante o processo de tratamento	Verdadeira	173	72,1
	Nem verdadeira, nem falsa	5	2,1
	Falsa	62	25,9

FONTE: AUTORA (2018).

Na tabela 4, os achados indicam que profissionais que se consideram religiosos e espiritualizados, tem envolvimento maior com PICS (54,4%) comparativamente a quem não tem envolvimento (45,6%), ainda que essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Aqueles que têm menor frequência de atividades religiosas individuais também apresentam menor envolvimento com PICS (61,5%). Entre os profissionais que se esforçam em viver de acordo com suas crenças, é mais prevalente o envolvimento com PICS (53,6%), assim como profissionais que afirmam que a E/R ajudam com as situações de sofrimentos tem maior envolvimento com as PICS (53,9%).

TABELA 4 – ASSOCIAÇÃO ENTRE CRENÇAS E PERFIL E/R E O ENVOLVIMENTO COM PICS DOS PROFISSIONAIS.

Associação entre crenças e perfil E/R	Resposta	N	Tem envolv com PIC (n=129)	Não tem envolv com PIC (n=111)	Valor de p*
Eu me considero uma pessoa *	Espiritualizada mas não religiosa	90	55 (61,1)	35 (38,9)	0,173
	Religiosa e espiritualizada	79	43 (54,4)	36 (45,6)	
	Religiosa	56	25 (44,6)	31 (55,4)	
	Nem espiritualizada nem religiosa	15	6 (40,0)	9 (60,0)	
Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos? **	Mais de uma vez ao dia/diariam	167	98 (58,7)	69 (41,3)	0,060
	Uma ou mais vezes por semana	47	21 (44,7)	26 (55,3)	
	Poucas vezes por mês/raram/nunca	26	10 (38,5)	16 (61,5)	
Eu me esforço em viver toda a minha vida de acordo com minhas crenças espirituais/religiosas	Concordo	209	112 (53,6)	97 (46,4)	0,960
	Neutro	5	3 (60,0)	2 (40,0)	
	Discordo	26	14 (53,9)	12 (46,2)	
Toda a minha vida fundamenta-se em minha espiritualidade	Concordo	196	107 (54,6)	89 (45,4)	0,859
	Neutro	6	3 (50,0)	3 (50,0)	
	Discordo	38	19 (50,0)	19 (50,0)	
A espiritualidade me ajuda a manter minha vida equilibrada e estável	Concordo	225	121 (53,8)	104 (46,2)	0,962
	Neutro	7	4 (57,1)	3 (42,9)	
	Discordo	8	4 (50,0)	4 (50,0)	
Em tempos de sofrimento ou dificuldade em minha vida, minha espiritualidade e religiosidade me ajudam com a situação	Verdadeira	230	124 (53,9)	106 (46,1)	0,971
	Neutro	2	1 (50)	1 (50)	
	Falsa	8	4 (50)	4 (50)	
Frequentemente utilizo minhas crenças espiritual / religiosa para lidar com situações difíceis em minha vida	Verdadeira	230	123 (53,5)	107 (46,5)	-
	Neutro	1	1 (100)	0 (0)	
	Falsa	9	5 (55,6)	4 (44,4)	

FONTE: AUTORA (2018)

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

Na tabela 5, os profissionais da saúde que tem envolvimento com PICS acreditam mais (94,6%) que os problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para a religião comparativamente a quem não tem esse envolvimento 90,1% ($p=0,027$). Os profissionais que têm envolvimento com PICS (79,1%) também se apresentaram mais confortáveis em abordar questões E/R durante o tratamento comparativamente aos que não tinham envolvimento com PICS (64%) ($p=0,034$).

TABELA 5 – COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REFERENTE À RELAÇÃO ENTRE E/R E SAÚDE E O ENVOLVIMENTO COM PICS (continua).

Comparações	Resposta	Tem envolv com PIC (n=129)	Não tem envolv com PIC (n=111)	Valor de p*
Problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para a religião	Concordo	122 (94,6)	100 (90,1)	0,027
	Neutro	0 (0)	6 (5,4)	
	Discordo	7 (5,4)	5 (4,5)	
Determinadas práticas religiosas interferem negativamente no tratamento de saúde	Concordo	108 (83,7)	85 (76,6)	0,271
	Neutro	1 (0,8)	3 (2,7)	
	Discordo	20 (15,5)	23 (20,7)	
A religiosidade do paciente (tais como orações, reza, meditação, frequência a um grupo religioso) coopera no tratamento	Concordo	127 (98,5)	106 (95,5)	0,389
	Neutro	1 (0,8)	3 (2,7)	
	Discordo	1 (0,8)	2 (1,8)	
A espiritualidade do usuário tem influência positiva em seu tratamento	Concordo	121 (93,8)	108 (97,3)	0,421
	Neutro	2 (1,6)	1 (0,9)	
	Discordo	6 (4,7)	2 (1,8)	

TABELA 5 – COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REFERENTE À RELAÇÃO ENTRE E/R E SAÚDE E O ENVOLVIMENTO COM PICS (continuação).

Comparações	Resposta	Tem envolv com PIC (n=129)	Não tem envolv com PIC (n=111)	Valor de p*
É importante para o profissional da área da saúde compreender melhor a relação entre saúde e espiritualidade.	Concordo	126 (97,7)	106 (95,5)	-
	Neutro	1 (0,8)	0 (0)	
	Discordo	2 (1,6)	5 (4,5)	
É importante reconhecer as necessidades espirituais dos pacientes.	Concordo	122 (94,6)	99 (89,2)	0,305
	Neutro	3 (2,3)	5 (4,5)	
	Discordo	4 (3,1)	7 (6,3)	
Os usuários gostariam de trazer as questões espirituais/religiosas para o tratamento.	Verdadeira	99 (76,7)	83 (74,8)	0,523
	Neutro	9 (7)	5 (4,5)	
	Falsa	21 (16,3)	23 (20,7)	
Frequentemente pergunto aos meus usuários sobre questões espirituais / religiosas.	Verdadeira	56 (43,4)	40 (36)	0,311
	Neutro	6 (4,7)	3 (2,7)	
	Falsa	67 (51,9)	68 (61,3)	
Profissionais de saúde deveriam receber formação sobre como abordar as questões espirituais / religiosas do paciente durante o tratamento.	Concordo	104 (80,6)	91 (82)	0,178
	Neutro	3 (2,3)	7 (6,3)	
	Discordo	22 (17,1)	13 (11,7)	
Sinto-me confortável em abordar questões espirituais / religiosas durante o processo de tratamento	Verdadeira	102 (79,1)	71 (64)	0,034
	Neutro	2 (1,6)	3 (2,7)	
	Falsa	25 (19,4)	37 (33,3)	

FONTE: AUTORA (2018).

*Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$

(-) Teste não aplicável

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa apontam para a relevância em se investigar as crenças que os profissionais de saúde têm em relação a E/R e Saúde, considerando a alta prevalência de concordância nas respostas obtidas.

Segundo KOENIG (2012), profissionais de saúde tem reconhecido a importância e o valor das crenças E/R dos pacientes e a necessidade de identificá-las. A educação médica também tem se voltado para essa questão, ainda assim, embora já se reconheça a relevância, poucos profissionais avaliam ou abordam questões E/R no tratamento de seus pacientes, tal como foi observado neste estudo.

Recentemente, em fevereiro de 2018, foi publicado o posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) acerca da necessidade de compreensão da E/R e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado - diagnóstico, etiologia e tratamento de transtornos psiquiátricos - que devem ser consideradas como componentes essenciais tanto da formação psiquiátrica como do contínuo desenvolvimento profissional.

Apesar de esta publicação ser um marco e avanço histórico na apropriação do tema E/R na perspectiva da integralidade em saúde, vale a pena refletir em que medida esta discussão cabe apenas para a classe médica, considerando o panorama do sistema público de saúde brasileiro que apresenta carência e má distribuição geográfica e social desta categoria profissional (GIRARDI, 2016).

Segundo artigo publicado por Almeida Filho (2011) sobre indicadores de recursos humanos para os serviços de saúde no Brasil, em 2010, o número de médicos credenciados era de 341.562 e apenas 4,9% destes atuavam na ESF, diferentemente da cobertura de enfermeiros, por exemplo, que era 10,9% (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012). Ao comparar a quantidade de médicos no Brasil com outros países, a Europa tem o dobro desta categoria profissional. O problema é muito maior ao se estratificar por especialidade, como a psiquiatria, que em 2014 tinham apenas 9.010 no território nacional, sendo a maioria (60%) no setor privado (SCHEFFER et al., 2015).

Portanto, no cenário brasileiro é imprescindível ampliar esta discussão para as equipes multiprofissionais que atuam na APS, considerando que 71% da população têm os serviços públicos de saúde como referência (BRASIL, 2012).

Assim, pensando que a maior parte das pesquisas referentes a integração da dimensão E/R são realizadas em países cujo sistema de saúde é privado, torna-se necessário refletir sobre questões importantes acerca da temática, visando a inovação e incorporação no SUS tais como: Por que? Para quê? Como?

Com relação ao “por quê”, deve-se destacar as crenças religiosas/espirituais dos profissionais da saúde e da população em geral. A maior parte dos entrevistados (80,4%) declaram ter alguma afiliação religiosa, o que sugere que as crenças e práticas religiosas/espirituais são parte importante da cultura, dos princípios e dos valores destes indivíduos (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010), assim como do povo brasileiro, onde 92% de sua população declara afiliação religiosa (IBGE, 2010).

Além disso, os achados deste estudo demonstram que os profissionais apresentam elevada frequência de crenças espirituais, pois 87,1% deles afirmam que suas vidas estão fundamentadas em sua espiritualidade, o que permite concluir o papel incontestável e significativo para suas vidas, influenciando sua visão de mundo e no processo de atribuir sentido às experiências vividas (CORRÊA; HOLANDA; OLANDOSKI, 2017).

Considerando estes resultados, torna-se imprescindível refletir como as religiões encaram as questões do cuidado/adoecimento/morte, entendendo que estas crenças podem refletir na conduta do profissional e no tratamento dos usuários. Sabe-se que a E/R pode proporcionar aceitação e empatia, mas por outro lado, também pode gerar culpa e autocrítica (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

A negação da dimensão religiosa/espiritual na saúde, tanto na formação quanto no trabalho na área, como na perspectiva das famílias e indivíduos - é alarmante, pois principalmente na APS não é incomum se defrontar por um lado, com usuários que se negam a usar determinados medicamentos/procedimentos, em função da não aceitação destes por parte de sua comunidade religiosa ou têm dificuldades em relação à questões de planejamento familiar (como o aborto, identidade de gênero/orientação sexual, como a “cura gay”), podendo causar intenso sofrimento, segregação e descontinuidade no cuidado. Por outro lado, muitos usuários declaram encontrar força para lidar com situações de estresse, violência e doenças a partir de suas crenças religiosas/espirituais, demonstrando que a E/R

apresenta papel central na subjetividade de grande parte da população brasileira (ESPERANDIO; AUGUST, 2017).

Outro destaque desta investigação foi a presença consistente do CRE positivo entre os entrevistados. Os profissionais afirmam que a espiritualidade os ajuda a manter suas vidas equilibradas (81,7%), lidar com o sofrimento (93,7%) e com situações difíceis em suas vidas (95,8%).

O *coping* E/R, conceito desenvolvido por Pargament e Brant (1998), trata do uso da E/R para o enfrentamento de conflitos, doenças ou situações estressantes. É um processo de tentativa pessoal em administrar exigências externas e internas presentes em situações de estresse por meio de recursos cognitivos e comportamentais (CORREIA; HOLANDA; OLANDOSKI, 2017).

Os dados de RNO deste estudo reiteram a importância da E/R na vida dos profissionais de saúde, pois 69,6% realizam atividades religiosas individuais (meditação, prece) mais de uma vez ao dia. Estes resultados corroboram os dados de Pereira; Moraes e Paes (2012) em profissionais da enfermagem de São Paulo. Segundo Hefti e Esperandio (2016), a oração aparece como estratégia de coping mais frequente.

Ainda refletindo no “por quê”, questões religiosas/espirituais são importantes no SUS, considerar o fato de que trabalhadores da saúde têm altos níveis de estresse, exaustão física e mental (MARTINS, 2013), faz pensar que a RNO surja como uma das maneiras deles lidarem com essa realidade, sendo que a religiosidade mobiliza energias e iniciativas positivas, fortalece os indivíduos, fazendo com que tenham condições de lidar mais eficazmente com o cotidiano, além de impactar na melhora da sua qualidade de vida (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Quanto ao “para quê”, é conhecido na literatura científica por meio de revisões sistemáticas com Metanálise, que a E/R é fator de proteção - sobretudo na saúde mental - para suicídio, uso de drogas e de álcool, comportamento delinquente, sofrimento psicológico e psicoses (KOENIG, 2012). Observa-se a associação positiva entre E/R e melhores relações sociais, níveis mais baixos de depressão, índices mais elevados de esperança e bem-estar (ROCHA e FLECK; 2010).

A saúde mental não está dissociada da saúde geral e queixas desta ordem são recorrentes no SUS (BRASIL, 2013). Para Lucchese (2014), as queixas de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Sofrimento Difuso (SD), geram uma grande

demanda aos serviços públicos de saúde e não podem ser devidamente cuidadas apenas com consultas e prescrições medicamentosas como ocorre hegemonicamente no Brasil. Tal fato pode ser claramente evidenciado em pesquisas de Silveira e Vieira (2009).

Ainda é um grande desafio incorporar a dimensão E/R na APS e desenvolver estratégias de cuidado mais integrais - valorizando a estrutura ternária humana que abrange o corpo, mente e espírito - pelas equipes multiprofissionais, que extrapole o modelo biomédico e medicalizante, destacando a responsabilidade da APS em resolver a maior parte (85%) dos problemas de saúde das comunidades (BRASIL, 2013).

Embora os achados desta pesquisa revelem que a quase totalidade dos profissionais de saúde afirmam acreditar que problemas de saúde fazem com que as pessoas se voltem para religião (92,5%) e concordam que as práticas religiosas interferem no tratamento de saúde positivamente (95,5%) como referenciado na literatura científica, apenas 40,1% dos profissionais abordam o tema com seus usuários. Tal desfecho pode ser justificado pela deficiência de formação na área, já que 81,3% afirmam necessitar de qualificação para integrar a dimensão E/R no tratamento.

Como na maior parte das vezes a dimensão E/R não é abordada no sistema de saúde e a população não encontra respostas para essas demandas de saúde mental no SUS, os usuários acabam fazendo outros percursos/itinerários terapêuticos que envolvem instituições religiosas, tais como terreiros de umbanda, centros espíritas, igrejas entre outras, na busca de cuidados que ofertem respostas mais eficazes e humanizadas para suas necessidades (VIEIRA FILHO, 2005; LUCHETTI et al, 2016; KOENIG, 2001; KOENIG, 2012; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Estudo realizado por Lucchetti et al (2016) com 55 centros espíritas da cidade de São Paulo, aponta que juntos, os atendimentos espirituais chegaram a cerca de 15 mil por semana, ou seja, 60 mil ao mês, sendo que o problema de saúde mais frequentes relatados pelos frequentadores destes espaços foi depressão (45,1%). Tal resultado instiga, pois segundo Vallada Filho, supera em grande medida os atendimentos mensais da Santa Casa de Misericórdia (30 mil) e Hospital de Clínicas (20 mil) (VALLADA FILHO, 2005). Em outra pesquisa, de cunho etnográfico em templo religioso afro-brasileiro, percebeu-se que uma função

fundamental da religião no contexto da saúde coletiva foi alterar o sentido de uma doença para aquele que sofre, não implicando necessariamente remoção dos sintomas, mas mudança positiva dos significados atribuídos à doença (MELLO; OLIVEIRA, 2013).

Nesse sentido, a literatura científica tem se utilizado de termos como “terapia complementar espiritual/religiosa”, “terapia espiritual” e “tratamentos integrados a espiritualidade”, para descrever tais práticas/serviços ofertados nos sistemas informais e formais de saúde, que envolvem intervenções que buscam a promoção da saúde para além da biológica (GONÇALVES et al., 2015). Inclusive, segundo Frass e colaboradores (2012), oração e cura espiritual seriam classificadas como terapias corpo-mente na categorização das PICS.

Logo, na perspectiva da discussão e contribuição da E/R para a saúde coletiva, “como” deve ser abordada a questão da religiosidade e espiritualidade no cuidado em saúde no SUS?

A pesquisa evidenciou um aspecto relevante de que profissionais com envolvimento com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (79,1%) sentem-se mais confortáveis em abordar questões E/R durante o tratamento, comparativamente aos que não tem envolvimento com PICS (64%). Este achado sugere associação entre as PICS e a dimensão E/R, aventando a hipótese de que estes profissionais da saúde são mais sensíveis a realizar investigação, intervenção e cuidado integral, oportunizando avanços inovadores que se aproximam de um modelo mais salutogênico e holístico e permitem novas ofertas e arranjos terapêuticos baseados, em especial, em tecnologias leves do cuidado (MATTOS; PINHEIRO, 2003; MALTA; MERHY, 2010).

Recentemente, foram reconhecidas 24 novas PICS no SUS, dentre elas terapia comunitária integrativa (TCI), reiki e meditação, contando atualmente com 29 práticas incorporadas à Política Nacional de PICS (BRASIL, 2018). A inter-relação entre E/R e os sistemas médicos complexos são conhecidos. Tanto a Acupuntura quanto a Homeopatia, dão ênfase ao indivíduo - a doença é considerada como um distúrbio no equilíbrio de vários elementos e a terapêutica oferecida lida com um nível energético vital (QUEIROZ, 2000), considerando nos atendimentos o que cada usuário traz consigo: suas questões, crenças e conceitos religiosos e espirituais (RODRIGUES, 2015).

Além da homeopatia e acupuntura, é possível citar a conexão entre E/R e a TCI. A Terapia Comunitária Integrativa foi desenvolvida no Brasil e incorporada na PNPIC no ano de 2017, e tem a finalidade de construir recurso para cuidar das pessoas em sofrimento (MOURÃO et al., 2016). Trata-se de uma abordagem grupal, que proporciona um espaço de acolhimento e partilha de sentimentos e experiências de vida, onde os recursos e competências das pessoas são mobilizados por meio da ação terapêutica do próprio grupo (ZANONI, 2017). Mourão et al (2016) destaca dentre os benefícios nas rodas de TCI, o resgate da espiritualidade e o poder da fé na busca de melhorar a qualidade de vida.

A associação entre a dimensão religiosa/espiritual e PICS pode ser estendida às demais práticas, considerando que as PICS concebem a saúde integrada ao bem estar físico, mental, social e espiritual e de que valorizam o fato de que a população apresenta várias representações sobre o homem e suas doenças, com ideias anímicas, religiosas, tradicionais e vitalistas (TESSER; BARROS, 2008).

Dessa forma, as PICS despontam como uma estratégia de integrar a dimensão E/R no SUS e de ofertar novas tecnologias assistenciais (MATTOS; PINHEIRO, 2003) necessárias a APS, principalmente no que se referentes ao cuidado de questões de saúde mental (AMARANTE, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, trouxe evidências que trazem reflexões relevantes acerca da importância dos valores religiosos/espirituais dos profissionais da saúde da ESF, das crenças destes profissionais sobre as inter-relações da E/R e saúde e da associação do envolvimento das Práticas Integrativas e Complementares com tais crenças, levando a crer que as PICS podem ser uma estratégia de fortalecimento da integralidade nos cuidados em saúde, em especial, no campo da saúde mental a partir da compreensão, reconhecimento e valorização da natureza ternária - corpo, mente e espírito - do ser humano.

É imprescindível destacar, que num Estado laico, o trabalho do profissional da saúde deve ser centrado na pessoa e família, levando em consideração a singularidade, cultura, crenças e vivências religiosas e espirituais de seus usuários, portanto não cabendo espaço para proselitismo e imposição de crenças pessoais em detrimento de sua posição profissional.

Dentre as diferentes áreas que apresentam desfechos positivos na integração da dimensão E/R, a saúde mental se destaca, como área desafiadora para as equipes multiprofissionais e que demanda a incorporação de novas tecnologias de cuidado. A articulação da dimensão E/R possibilita identificar e lidar com conflitos E/R dos usuários, se apropriarem de potenciais ferramentas de enfrentamento, como o *coping* E/R, e fortalecer vínculos e empatia com o usuário/família, propiciando reflexões acerca do sentido da vida e dor, independentemente de doutrinas religiosas. Tal como citou Viktor Frankl (1984) “O homem não é destruído pelo sofrimento, ele é destruído pelo sofrimento sem significado” (p.120).

A partir dos achados deste estudo, indica-se a necessidade emergente de investimentos em: (a) ações de educação/permanente, buscando formar/qualificar os profissionais para o cuidado integral e humanizado e (b) para novas pesquisas que possam ampliar a compreensão da relação existente entre a E/R e a saúde nas populações atendidas pelo sistema público de saúde, bem como, estudos longitudinais que possam avaliar os impactos na saúde mental a partir de ofertas de PICS que incorporem efetivamente a dimensão religiosa/espiritual no cuidado ofertado aos usuários.

Esta investigação buscou responder a algumas lacunas de conhecimento, já que problematiza a discussão e traz considerações da Religiosidade/Espiritualidade no campo da coletiva, para além da psiquiatria, dando enfoque para a importância da temática na articulação com Políticas Públicas - como a PNPI e sua interface com outras políticas, tais como de humanização, promoção da saúde, da atenção básica e de saúde mental - e, conseqüentemente, no fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro a partir dos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **Rev. Lancet.** (online) Maio 2011, P.6-7. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>> Acesso em: 04 Mar. 2018.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos e aplicações.** São Paulo: Guanabara Koogan, 2012.

AMARANTE, P. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. Textos Seleccionados. 2.ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS. Práticas Integrativas sob a luz da Antropologia Médica. **Rev Saúde e Societ**. São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/497-508/PT>>. Acesso em: 20. Abr.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 09 Mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica e Saúde Mental. Brasília – DF**. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília-DF. 2018. 2º Edição.

CORRÊA, C.V; HOLANDA, A. F; OLANDOSKI, G. P. *Coping* E/R em profissionais da atenção à saúde mental do litoral do Paraná. **Pluralidades em Saúde Mental. Psico FAE**. Curitiba. v.6, n.2, p. 15-30, Jul-Dez, 2017. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/142/93>> Acesso em: 10 Fev.2018

ESPERANDIO, M.R.G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. Dossiê: Espiritualidade não religiosas. **Horizonte**. Belo Horizonte, v.12, n.35, p. 805-832. Jul-Set. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2014v12n35p805>> Acessado em: 25. Jan. 2018.

ESPERANDIO, M.R.G. A religiosidade/espiritualidade em profissionais/trabalhadores da saúde. **Interações – cultura e comunidade**. Belo Horizonte. v.10 n.18, p. 195-209. Jul-Dez. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3130/313043585013.pdf>>. Acessado em: 18 Nov. 2017.

ESPERANDIO, M. R. G; AUGUST, H. A pesquisa quantitativa em Psicologia da religião no Brasil. **Revista Pistis Prax**. Curitiba v. 9, n.1, 49-67, Jan-Abr, 2017. Disponível em:

< <https://periodicos.pucpr.br/index.php/pistispraxis/article/view/7199/7079>>. Acessado em: 10 Fev. 2018.

FRANKL, V.L. **Man's Search for Meaning**. Vol. 1. 3 ed. New York: Simon and Schuster, 1984.

FRASS, M; STRASSL, R.P.; FRIEHS, H.; MULLNER, M.; KUNDI,M.; KAYE, A.D. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. **The Ochsner Journal**. v.12, n.1, p.45-56, Primavera 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307506/pdf/i1524-5012-12-1-45.pdf>>. Acessado em: 11 Nov. 2017

FREY, J. Menos verba ao Centro, mais à periferia: Curitiba cria indicador de recursos da saúde. In: **Gazeta do povo**, 06/10/2017 (online) Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/politica/parana/menos-verba-ao-centro-mais-a-periferia-curitiba-cria-indicador-de-recursos-da-saude-eit829cf3jnlkgnfawm9dh6tz>>. Acessado em: 29 Mar. 2018.

GIRARDI, S. N., STRALEN, A. C. S. V.; CELLA, J. N.; WAN DER MAAS, L.; CARVALHO, C. L.; FARIA, E. O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.21, n.9, p.2675-268, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2675.pdf>>. Acessado em: 15 Ago. 2017.

GONÇALVES, J.P.B.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F.C.; MENEZES, P.R.; VALLADA, H. Avaliação da prática de terapia complementar Espiritualidade/Religiosidade em saúde mental. **Revista Debates em psiquiatria**, p 21-27. Nov-Dez, 2015. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/pdf/RDP_6_0.pdf#page=20>. Acessado em: 20 Abr. 2017.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista Psiquiatr Clín**. São Paulo. v. 34. S. 1, p. 89-94, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a12v34s1.pdf>>. Acessado em: 25 Nov. 2017

HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G. O modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual: Uma abordagem Holística de Cuidado ao Paciente. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, Jan-Mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/viewFile/P.2175-5841.2016v14n41p13/9373>>. Acessado em: 10 Fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Organizado em Datapedia.info**. Brasil. 2010. Disponível em: <<http://www.datapedia.info/public/cidade/2720/pr/curitiba#religioes>>. Acessado em: 04 Abr. 2018.

KOENIG, H.G. Medicina Religião e Saúde. **O Encontro da Ciência e da Espiritualidade**. 1 ed. Porto Alegre: L & PM, 2012.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University press; 2001.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; BASS, R. M.; LATORRACA, R.; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clín Méd**. v.8, n.2, p. 154 -158, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>>. Acessado em: 28 Mar. 2018.

LUCCHETTI, A. L.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F.C.; PERES, M. F.; VALLADA, H. Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil. **Culture, Medicine, and Psychiatry**. V. 40, n. 3, p. 404–421 Set. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26525690>> Acessado em: 08 Mar. 2018.

LUCCHESI, R.; SOUSA, K.; BONFIN, S. . P.; VERA, I.; SANTANA, F. R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista Enferm**, v.27, n.3, p.200-7, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0200.pdf>>. Acessado em: 30 Set. 2017

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Interface comunic saúde educ**. v.14, n. 34, p. 593-605, Jul-Set, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acessado em: 15 Jan. 2018.

MARTINS, D. **Uma abordagem às Práticas Integrativas e Complementares associadas aos tratamentos especializados em comorbidades crônicas, na Estratégia de Saúde da Família**. (TCC. Especialização em saúde da família) Universidade do Estado do Rio de Janeiro Universidade aberta do SUS. UNASUS. 2016. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S7bR5vO-ng8J:https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/7895/David%2520Martins.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=BR>> Acessado em: 18 Mar. 2018.

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro, R.; Camargo Jr, R. M. K. R. (org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-INS-Abrasco, 2003. p. 45-59.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saude soc.** São Paulo. v. 22, n. 4, p. 1024-1035, Dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em : 15 Mar. 2018

MOREIRA-ALMEIDA, A. ; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográfico: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiquiat Clín.** São Paulo , v. 37, n. 1, p. 12-15, Jan. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 10 out. 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult.** São Paulo. v. 68, n. 1, p. 54-57, Mar. 2016 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 Ago. 2018.

MOTTA, P. M. R.; MARCHIORI, R. A. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 29, n. 4, p. 834-835, Abr. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400022&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Jan. 2018.

MOURÃO, L.F.; OLIVEIRA, L. B.; MARQUES, A.D.B.; BRANCO, J.G.O.; GUIMARÃES, M.S.O.; NERY, I. S. Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE** , Sobral . V.15 n.02, p.129-135, Jun-Dez, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1047/593>>. Acessado em :20 Mar. 2018.

MURAKAMI; CAMPOS, R. GOMES, C; CLAUDINEI J. Religião e Saúde Mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado do paciente. **Rev Bras Enferm.** Brasília.v.65, n. 2,P. 361-7. Mar-Abr, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>>. Acessado em: 22 Set. 2017.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Genebra; 2013. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Depressão é tema de campanha da OMS para Dia Mundial da Saúde de 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-dia-mundial-da-saude-de-2017/>>. Acesso em: 08.Mar.18.

PARGAMENT, K.I.; BRANT, C.R. Religion and coping. Handbook of religion and mental health. Londres: **Academic Press**; 1998. p. 111-28.

PAULON. S; NEVE, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: A Territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Meridional, 2013.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro . v. 16, n. 2, p. 363-375, Jun. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 02 Jul. 2017

ROCHA, N.S. FLECK, M. P.A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 Abr. 2018.

RODRIGUES, K.M. Terapias integrativas e complementares: itinerário terapêutico e espiritualidade, uma possível reflexão. **Revista Contraponto**, v.2, n.1, 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/contraponto/article/view/54396/33257>>. Acessado em: 10 Ago. 2017.

SCHEFFER, M. et al, **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/demografia_medica2015.pdf>. Acesso em: 03 Março.2018.

SILVA L.H.P.; PENHA, R.M.; SILVA, M.J.P. A relação entre crenças espirituais/religiosas e bem-estar espiritual da equipe de enfermagem revista da rede de enfermagem do nordeste. **Rev Rede Enferm Nordeste - Rev Rene**, v.13, n.3, p. 677-685. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4008/3153>>.Acessado em: 10 Fev. 2018.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, R.L.S. A saúde mental e a atenção Básica em saúde: análise e uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro . v. 14, n. 1, p. 139-148, Fev. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 Mar. 2018..

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro . v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Out. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Abr. 2018.

SOUSA, I. M. C; TESSER, C. D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 Out. 2017.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, M.I.; FREIRE, G. **Saúde e Espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-43

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 42, n. 5, p. 914-920, Out. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 Abr. 2018.

VIEIRA FILHO, N.G. A Clínica Psicossocial e a Atenção de Cuidados Religiosos ao Sofrimento Psíquico no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília. v. 25, n. 2, p. 228-239, Jun. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 10 Fev. 2018.

ZANONI, M.S. Terapia Comunitária Integrativa. 2018.Site: **TCI**. Disponível em: <https://terapiacomunitaria.com/author/milene/> Acesso em: 06.Mar.2018.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, trouxe evidências que permitem reflexões relevantes acerca da importância dos valores religiosos/espirituais dos profissionais de saúde que atuam em UBS com ESF, das crenças destes profissionais sobre as inter-relações da E/R e saúde e da associação do envolvimento das Práticas Integrativas e Complementares com tais crenças, levando a crer que as PICS podem ser uma estratégia de fortalecimento da integralidade nos cuidados em saúde, em especial, no campo da saúde mental a partir da compreensão, reconhecimento e valorização da natureza ternária - corpo, mente e espírito - do ser humano.

É imprescindível destacar, que num Estado laico, o trabalho do profissional da saúde deve ser centrado na pessoa e família, levando em consideração a singularidade, cultura, crenças e vivências religiosas e espirituais de seus usuários, portanto não cabendo espaço para proselitismo e imposição de crenças pessoais em detrimento de sua posição profissional.

Contudo, as evidências mostram a relevância em se investigar a relação da E/R e saúde. Diferentes áreas têm apontado desfechos positivos, destacando a saúde mental como área desafiadora para a APS, seja pela demanda crescente, seja pela necessidade de incorporação de novos recursos terapêuticos de cuidado.

Este estudo sugere que as PICS possam favorecer a integração da dimensão E/R, assim como ampliar o repertório de recursos terapêuticos no SUS. É possível assegurar que existe um crescente interesse e aceitação das PICS pelos profissionais da saúde, assim como robustas evidências acerca da eficácia, segurança, além do custo efetividade comparativamente à medicina convencional. Ainda assim, isto não vem se traduzindo na sua incorporação no SUS, e em especial na APS. Tornam-se necessário investir na disseminação das informações e das evidências, embasando discussões qualificadas e assim, contribuir para efetivação da PNPIC no âmbito municipal.

Agregar a dimensão E/R na prática clínica, possibilita aos profissionais identificar e lidar com conflitos E/R dos usuários, se apropriar de potenciais ferramentas de enfrentamento como o *coping* religioso/espiritual e fortalecer vínculos e empatia com o usuário/família, propiciando reflexões acerca do sentido da vida e dor, independentemente de doutrinas religiosas. Tal como citou Viktor Frankl: “O

homem não é destruído pelo sofrimento, ele é destruído pelo sofrimento sem significado”.

7. INDICAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A partir dos achados deste estudo indica-se a necessidade emergente de investimentos em: (a) ações de educação/permanente, buscando formar/qualificar os profissionais para o cuidado integral e humanizado e (b) para novas pesquisas que possam ampliar a compreensão da relação existente entre a E/R e a saúde nas populações atendidas pelo sistema público de saúde, bem como estudos longitudinais, que possam avaliar os impactos na saúde mental a partir de ofertas de PICS que incorporem efetivamente a dimensão religiosa/espiritual no cuidado ofertado aos usuários.

Esta investigação buscou responder a algumas lacunas de conhecimento, já que problematiza a discussão e traz considerações da Religiosidade/Espiritualidade no campo da Saúde Coletiva, para além da psiquiatria, dando enfoque para a importância da temática na articulação com Políticas Públicas - como a PNPIC e sua interface com outras políticas, tais como de humanização, promoção da saúde, da atenção básica à saúde e de saúde mental - e, conseqüentemente, no fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro a partir dos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**. Textos Seleccionados. 2.ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.

ANDRADE. L. O. M., et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. IN: CAMPOS, G.W. S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2014. (p. 845 – 902).

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS. Práticas Integrativas sob a luz da Antropologia Médica. **Rev Saúde e Socied.** São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/497-508/PT>>. Acesso em: 20. Abr. 2017

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 455-464, Apr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 Jul. 2017.

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA (WPA). Posicionamento da **Associação Mundial de Psiquiátrica** sobre Espiritualidade Religiosidade e Psiquiatria. 2018. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/posicionamento-da-wpa-sobre-espiritualidade-e-religiosidade-em-psiquiatria>. Acesso em: 03.03.18.

BARROS, N.F. **A construção da Medicina Integrativa**: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

BEZERRA, J.R. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro.v.17, n.2, p.243-250, 2007.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 03 Março. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família (online) 2000**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>. Acessado em: 09 Mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm(01/04/00).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 971, de 4 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União 4 de maio 2006**.(2006a) <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html> Acessado em 17 Abr. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). (2006b) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html>. Acessado em 05 Jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília. 291 p. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**. 1º Edição. Brasília. Ed. Copyright.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acessado em: 09 Mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica e Saúde Mental. Brasília – DF. 2013**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). 2014**. Disponível em <:http://qdab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2205> Acessado em 14 Mar. 2017. . Acessado em: 20 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº849 de 27 de março de 2017. Disponível em: <<http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/portaria-849-27-de-mar%C3%A7o-2017-Praticas-integrativas-e-complementares-2.pdf>> Acessado em 20 Jul. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. 2.Ed. Brasília. DF, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais 10 práticas integrativas são inseridas na PNPIC**. Departamento de Atenção básica, 2018b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2872>. Acessado em: 20 Jun. 2017.

CAMARGO JR.,R.M.K.R.. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONTATORE ET AL. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet**. Rio de Janeiro. V.20, n.10, p. 3263-73,2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3263.pdf>>. Acessado em: 10 de Abr. 2017

CORRÊA, C.V.; BATISTA, J.S.; HOLANDA, A.F. *Coping* Religioso/Espiritual em processos de saúde doença: Revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013). **Revista PsicoFAE**. v.5,n. 1, p. 61-78, maio 2017. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/82>
Acessado em: 13 de jan 2018

CURITIBA. **Relatório Final da 8º CMS**. In Conferência Municipal de Saúde, 8. 2005, Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_005.pdf> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA.**Relatório Final da 9º CMS**. In Conferência Municipal de Saúde, 9. 2007, Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_004.pdf> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 10º CMS**. In Conferência Municipal de Saúde, 10. 2009, Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_003.pdf> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 11º CMS**. In Conselho Municipal de saúde de Curitiba. Conferência Municipal de Saúde, 11. 2011, Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cms/arquivos/relatorios/relatorio_002.pdf> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 12º CMS**. In Conselho Municipal de saúde de Curitiba. Conferência Municipal de Saúde, 12. 2013, Curitiba. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/12%C2%AA%20Confer%C3%Aancia%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%20de%20Curitiba%201.pdf>> Acessado em 20 Jun 2017.

CURITIBA. **Relatório Final da 13º CMS**. In Conselho Municipal de saúde de Curitiba. Conferência Municipal de Saúde, 13. 2015, Curitiba. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Relat%C3%B3rio%2013%C2%AA%20CMS-%20FINALIZADO%20Fevereiro.2016.pdf>> Acessado em 20 Jun 2017.

ESPERANDIO, M.R.G. Teologia e a pesquisa sobre espiritualidade e saúde: um estudo piloto entre profissionais da saúde e pastoralistas. Dossiê: Espiritualidade não religiosas. **Horizonte**. Belo Horizonte, v.12, n.35, p. 805-832. Jul-Set. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2014v12n35p805>> Acessado em: 25. Jan. 2018.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre. v. 18, n. 3, p. 381-389, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 15 Jul. 2017.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20 Out. 2018.

FRANKL, V.L. **Man's Search for Meaning**. Vol. 1. 3 ed. New York: Simon and Schuster, 1984.

FREY, J. Menos verba ao Centro, mais à periferia: Curitiba cria indicador de recursos da saúde. In: **Gazeta do povo**, 06/10/2017 (online) Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/politica/parana/menos-verba-ao-centro-mais-a-periferia-curitiba-cria-indicador-de-recursos-da-saude-eit829cf3jnlkgnfawm9dh6tz>>. Acessado em: 29 Mar. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GOMES, C.P.A.G; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu. v.9, n.17, p.287-301, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Jan 2018.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I.; CAMARGO-JR, K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc Saúde Colet**. Rio de Janeiro. V.11, n.4, p. 1093-1103. Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32345.pdf>>. Acessado em: 08 Set. 2017.

HEFTI, R.; ESPERANDIO, M. R. G. O modelo Interdisciplinar de Cuidado Espiritual: Uma abordagem Holística de Cuidado ao Paciente. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, Jan-Mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/viewFile/P.2175-5841.2016v14n41p13/9373>>. Acessado em: 10 Fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Organizado em Datapedia.info. Brasil. 2010. Disponível em: <<http://www.datapedia.info/public/cidade/2720/pr/curitiba#religioes>>. Acessado em: 04 Abr. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (IPPUC), 2016. <http://www.ippuc.org.br/> Acesso em: dez 2016

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. .; SOUSA, F. SÉRGIO P.; CAVALCANTE, C. M.. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3051-3060, July 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 10 Fev. 2018.

JUNG, C. G. **Obras completas**. Petrópolis,RJ:Vozes, 2011.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.; LARSON, D.B.B. **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University press; 2001.

KOENIG, H.G. Medicina Religião e Saúde. **O Encontro da Ciência e da Espiritualidade**. 1 ed. Porto Alegre: L & PM, 2012.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; BASS, R. M.; LATORRACA, R.; NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clín Méd**. v.8, n.2, p. 154 -158, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>>. Acessado em: 28 Mar. 2018.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007

LUZ, M.T, BARROS N.F, (orgs). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: CEPESC; 2012 (360p.)

MADER, B.J.; HOLANDA, A. F. Atenção à saúde mental e atenção psicossocial: aproximações e distinções na conceituação e na oferta assistencial. In: FARIA, N.J; HOLANDA, A. F. **Saúde mental, sofrimento e cuidado**. Fenomenologia do adoecer e do cuidar. 1º Edição. Ed. Juruá, 2017. Págs. 33-64.

MARTINS, D. **Uma abordagem às Práticas Integrativas e Complementares associadas aos tratamentos especializados em comorbidades crônicas, na Estratégia de Saúde da Família**. (TCC. Especialização em saúde da família) Universidade do Estado do Rio de Janeiro Universidade aberta do SUS. UNASUS. 2016. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:S7bR5vO-ng8J:https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/7895/David%2520Martins.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=BR>> Acessado em: 18 Mar. 2018.

MATTOS. R.A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro. Editora UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade & Saúde o desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado com nossos pacientes. **Zen Review. Saúde Mental**.(Ed.Especial-Saúde Mental). Mar. 2009. Disponível em: <http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/M_autores/MOREIRA-ALMEIDA_Alexander_tit_Espiritualidade_e_Saude_Mental.pdf>. Acessado em: 09 Out. 2017.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult.** São Paulo. v. 68, n. 1, p. 54-57, Mar. 2016 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 Ago. 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, A. ; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográfico: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiquiat Clín.** São Paulo , v. 37, n. 1, p. 12-15, Jan. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 10 out. 2017.

NUNES, M.; JUCA, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 23, n. 10, p.2375-2384, Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 Out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review.** Geneve, 2001. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>>. Acessado em: 12 Jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.** Genebra; 2013. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Depressão é tema de campanha da OMS para Dia Mundial da Saúde de 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/depressao-e-tema-de-campanha-da-oms-para-dia-mundial-da-saude-de-2017/>>. Acesso em: 08. Mar. 2018.

OTANI, M.A; BARROS, N.F. A medicina Integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro . v.16, n. 3, p. 1801-1811, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 18 Ago. 2017.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Medbook, 2013. (720 p.)

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: A Territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Meridional, 2013.

PERES, J. F. P.; Arantes, A. C. L. Q.; Lessa, P. S.; Caous, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo. v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 20 Fev. 2018.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In PINHEIRO R, MATTOS R.A (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO : 2003. (p. 7-34).

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 Jul. 2017.

ROCHA, N.S. FLECK, M. P.A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 Abr. 2018.

SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Colet**, v.17, n. 11, p. 3011-3024, 2012. Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3011-3024, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Fev. 2018.

SILVA, C.F.S. Cultura, Religião e Sofrimento Psíquico. **Revista de Teologia e Ciências da Religião**. Pernambuco. v.4, p. 105-124. Dez 2014. Disponível em: <<http://www.unicap.br/ojs/index.php/theo/article/view/423/357>>. Acessado em: 22 Set. 2017.

SILVA, R.V.G. O.; RAMOS, F.R.S. Integralidade em Saúde: Revisão de Literatura. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 9, n.3, p.593-601, Jul-Set, 2010. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/8726/6640>> Acessado em: 10 Out. 2017. DOI 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8726.

SOUSA, I. M. C; TESSER, C. D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 22 Out. 2017.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro . v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, Out. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Abr. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. (726p.). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acessado em: 03 Ago. 2017.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e Saúde. In: SALGADO, M.I.; FREIRE, G. **Saúde e Espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-43

TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 477-486, Apr. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 12 Dez. 2017

TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 42, n. 5, p. 914-920, Out. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 23 Abr. 2018.

TESSER, C.D; POLI-NETO, P; CAMPOS, G. W. .S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, Nov. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 03 Dez 2017
THORNICROFT, G; TANSELLA, M. **Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária**. 1º Edição. Barueri, SP: Manole, 2010.

VILLAS BOAS, G.D.L; PEREIRA, D.V.R; SANTOS, E.K. A Reforma da Política Nacional de Atenção Básica. In:Seminário da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde,7, 2017, Maceió. **Anais**....Universidade Federal de Alagoas-Faculdade de Serviço Social. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps>>. Acessado em: 10 Fev. 2018.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Luciana Elisabete Savaris, aluna de Pós graduação do Programa de Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná e Milene Zanoni da Silva, professora da UFPR, convidamos os profissionais das equipes multiprofissionais das Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família do Município de Curitiba a participar de um estudo intitulado: **Integralidade em saúde um enfoque na dimensão espiritual/religiosa na prática do cuidado**, pesquisa que se justifica pelo reconhecimento que as crenças e práticas espirituais/religiosas são parte importante da cultura, dos princípios e valores utilizados pelos indivíduos para dar forma a julgamentos e processamentos de informações. Além de que evidências tem demonstrado que a valorização de tais sistemas de crenças colaboram com a aderência do indivíduo ao tratamento e impactam na saúde mental e qualidade de vida das populações.

a) O objetivo desta pesquisa será o de investigar quando e como os profissionais de saúde das UBS com ESF, integram questões relacionadas a dimensão espiritual/religiosa no cuidado em saúde.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que responda a perguntas que serão realizadas em formato de entrevista individual e desejando, participando de um segundo momento em grupo focal.

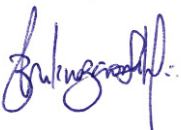
c) Para tanto você deverá comparecer na Unidade de Saúde em que está lotado em horário diferente ao seu horário de trabalho. A proposta de horário para a entrevista será após o término do expediente dos participantes (17, 18 ou 19h) a combinar qual o dia da semana mais adequado para cada um dos profissionais da saúde, caso este tenha disponibilidade e desejo para a pesquisa. O tempo necessário para sua realização, sem dúvida, não ultrapassará 30 minutos em função da quantidade e conteúdo das questões abordadas.

d) Caso você aceite participar do Grupo Focal, este ocorrerá em um único encontro, de duração aproximada de 1 hora e meia, no território do seu Distrito Sanitário, tendo início às 19h. O dia da semana será de acordo com a disponibilidade e desejo dos participantes. Caso você deseje participar da entrevista e do grupo focal, será necessário dispor de mais tempo em sua participação na pesquisa, ou seja, de aproximadamente de 2 horas.

e) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

f) Caso o Senhor(a) apresente qualquer desconforto poderá solicitar a interrupção da entrevista.

g) Havendo necessidade de algum atendimento específico desencadeado pela pesquisa o mesmo será realizado a partir do Hospital das Clínicas no Grupo de Terapia Comunitária Integrativa.

<p>Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]</p> <p>Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]</p> <p>Orientador[rubrica]</p> 

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
 Rua Padre Camargo, 285 térreo| Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060 -240 |
cometica.saude@ufpr.br -telefone (041) 3360-7259

h) Os benefícios esperados com essa pesquisa são os de: identificar como e quando a dimensão espiritual/religioso é integrada pelos profissionais da saúde, visando divulgar e problematizar com a rede de atenção à saúde de Curitiba, além de, buscar parcerias para qualificar os profissionais da equipe multiprofissional acerca da temática.

h) Os pesquisadores Luciana Elisabete Savaris e Milene Zanoni da Silva responsáveis por este estudo poderão ser localizados:

- **Luciana Elisabete Savaris.** Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba - Rua Lothário Boutin, 90 Pinheirinho – Curitiba Paraná – 81110-522 lsavaris@feaes.curitiba.pr.gov.br telefone (41) 3316- 5939 de segunda a sexta feira das 8:00 às 17:00 horas;
- **Milene Zanoni da Silva.** Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná - Av. Prefeito Lothário Meissner, 3400 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80050-540 milenezanoni@gmail.com

Para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor (a) você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um Código.

k) O material obtido nas entrevistas será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo dentro de 18 meses.

l) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

m) Serão utilizados gravadores para garantir a fidedignidade do relato. Após o término da pesquisa, as gravações serão deletadas de forma segura e sigilosa.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP /SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu me sentir desconfortável com algum questionamento referente às questões abordadas na pesquisa (item f).

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável
ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 2**FORMULÁRIOS ENTREVISTAS:**

Nº _____

**INTEGRALIDADE EM SAÚDE UM ENFOQUE NA DIMENSÃO
ESPIRITUAL/RELIGIOSA NO CUIDADO**

(Projeto aprovado pelo Comitê de Ética – Parecer Consubstanciado
UFPR Nº 2.031.061 e SMS Nº 2.086.711)

SEÇÃO – DADOS SOCIOBIODEMOGRÁFICOS**1. NOME**

2. SEXO

() Feminino () Masculino

3. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____**4. ESTADO CIVIL ATUAL**

- () Solteiro
() Casado (ou vivendo como casado)
() Separado/divorciado
() Viúvo

5. FILHOS

- () Sim Quantos: _____
() Não

6. NOME DA UBS ONDE TRABALHA

7. NÍVEL DE ESCOLARIDADE

- () Médio (ou técnico) incompleto
() Médio (ou técnico) completo

- () Superior incompleto / Curso _____
- () Superior completo / Curso _____
- () Pós- Graduação (Especialização/Mestrado/Doutorado) / Curso _____

8.CARGO QUE OCUPA NA UBS

9.TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE _____

10.TURNO EM QUE TRABALHA

- () Diurno
- () Noturno
- () Ambos

Quantas horas trabalha por semana? _____

11. VOCÊ CONHECE A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?

- () Sim
- () Não

12. POSSUI ALGUMA FORMAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, TAIS COMO ACUPUNTURA, ETC.

- () Sim - Qual _____
- () Não

13.VOCÊ DESENVOLVE ALGUMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL / SUS?

- () Sim - Qual _____
- () Não

14. VOCÊ TEM ACESSO AO ENCAMINHAMENTO DO SEU PACIENTE PARA ALGUMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR?

- () Sim - Qual _____
- () Não

15. VOCÊ JÁ FOI USUÁRIO DE ALGUMA PRÁTICA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR?

- () Sim - Qual _____
- () Não

16. NA SUA OPINIÃO, AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PODEM TRAZER BENEFÍCIOS AOS USUÁRIOS SE IMPLEMENTADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA?

- () Sim - Qual _____
- () Não

17. COMO VOCÊ AVALIA A SUA SAÚDE?

- () Muito ruim
- () Ruim
- () Nem bom, nem ruim
- () Boa
- () Muito Boa

18. AFILIAÇÃO RELIGIOSA

- () Ateísta – não acredito em Deus
- () Sem religião, mas acredito em Deus
- () Católico
- () Evangélico. Mas não afiliado a nenhuma igreja
- () Evangélico. Qual grupo religioso _____
- () Outras _____

SEÇÃO – RELAÇÃO ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E SAÚDE

19. PROBLEMAS DE SAÚDE FAZEM COM QUE AS PESSOAS SE VOLTEM PARA A RELIGIÃO

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte

() Concordo totalmente

20. DETERMINADAS PRÁTICAS RELIGIOSAS INTERFEREM NEGATIVAMENTE NO TRATAMENTO DE SAÚDE

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte
- () Concordo totalmente

21. A RELIGIOSIDADE DO PACIENTE (TAIS COMO ORAÇÕES, REZA, MEDITAÇÃO, FREQUENCIA A UM GRUPO RELIGOSO) COOPERA NO TRATAMENTO

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte
- () Concordo totalmente

22. A ESPIRITUALIDADE DO USUÁRIO TEM INFLUENCIA POSITIVA EM SEU TRATAMENTO

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte
- () Concordo totalmente

23. É IMPORTANTE PARA O PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE COMPREENDER MELHOR A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ESPIRITUALIDADE

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte
- () Concordo totalmente

24. É IMPORTANTE RECONHECER AS NECESSIDADES ESPIRITUAIS DOS PACIENTES

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Nem concordo, nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

25. OS USUÁRIOS GOSTARIAM DE TRAZER AS QUESTÕES ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS PARA O TRATAMENTO

- Totalmente falsa
- Em parte falsa
- Nem verdadeira, nem falsa
- Em parte verdadeira
- Totalmente verdadeira

26. FREQUENTEMENTE PERGUNTO AOS MEUS USUÁRIOS SOBRE QUESTÕES ESPIRITUAIS / RELIGIOSAS

- Totalmente falsa
- Em parte falsa
- Nem verdadeira, nem falsa
- Em parte verdadeira
- Totalmente verdadeira

27. PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVERIAM RECEBER FORMAÇÃO SOBRE COMO ABORDAR AS QUESTÕES ESPIRITUAIS / RELIGIOSAS DO PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO

- Discordo totalmente
- Discordo em parte
- Nem concordo, nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente

**28.SINTO-ME CONFORTÁVEL EM ABORDAR QUESTÕES ESPIRITUAIS /
RELIGIOSAS DURANTE O PROCESSO DE TRATAMENTO**

- () Totalmente falsa
- () Em parte falsa
- () Nem verdadeira, nem falsa
- () Em parte verdadeira
- () Totalmente verdadeira

SEÇÃO – CRENÇAS ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS

29. EU ME CONSIDERO UMA PESSOA

- () Religiosa
- () Espiritualizada mas não religiosa
- () Religiosa e espiritualizada
- () Nem espiritualizada, nem religiosa

**30. COM QUE FREQUENCIA VOCÊ DEDICA O SEU TEMPO A ATIVIDADES
RELIGIOSAS INDIVIDUAIS, COMO PRECES, REZAS, MEDITAÇÕES, LEITURA
DA BIBLIA OU DE OUTROS TEXTOS RELIGIOSOS?**

- () Mais de uma vez ao dia
- () Diariamente
- () Duas ou mais vezes por semana
- () Uma vez por semana
- () Poucas vezes por mês
- () Raramente ou nunca

**31. EU ME ESFORÇO EM VIVER TODA A MINHA VIDA DE ACORDO COM
MINHAS CRENÇAS ESPIRITUAIS/RELIGIOSAS**

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte
- () Concordo totalmente

32.TODA A MINHA VIDA FUNDAMENTA-SE EM MINHA ESPIRITUALIDADE

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte
- () Concordo totalmente

33. A ESPIRITUALIDADE ME AJUDA A MANTER MINHA VIDA EQUILIBRADA E ESTÁVEL

- () Discordo totalmente
- () Discordo em parte
- () Nem concordo, nem discordo
- () Concordo em parte
- () Concordo totalmente

34. EM TEMPOS DE SOFRIMENTO OU DIFICULDADE EM MINHA VIDA, MINHA ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE ME AJUDAM COM A SITUAÇÃO

- () Totalmente falsa
- () Em parte falsa
- () Nem verdadeira, nem falsa
- () Em parte verdadeira
- () Totalmente verdadeira

35. FREQUENTEMENTE UTILIZO MINHAS CRENÇAS ESPIRITUAL / RELIGIOSA PARA LIDAR COM SITUAÇÕES DIFÍCEIS EM MINHA VIDA

- () Totalmente falsa
- () Em parte falsa
- () Nem verdadeira, nem falsa
- () Em parte verdadeira
- () Totalmente verdadeira

ANEXO 1

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Integralidade em saúde um enfoque na dimensão espiritual/religiosa na prática do cuidado

Pesquisador: Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64572017.4.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.031.061

Apresentação do Projeto:

Identificar quando e como os profissionais da equipe multiprofissional de saúde das Unidades Básicas de Saúde - UBS com Estratégia de Saúde da Família - ESF integram a dimensão espiritual/religiosa no cuidado com os usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar quando e como os profissionais da equipe multiprofissional de saúde das UBS com ESF da Rede de Atenção à Saúde de Curitiba, integram a dimensão espiritual/religiosa E/R no cuidado em saúde.

1. Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde dos profissionais de saúde em estudo;
2. Conhecer as concepções referentes aos conceitos de saúde e do princípio da integralidade para as diferentes categorias profissionais das UBS com ESF;
3. Identificar a compreensão dos profissionais das UBS com ESF sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde;
4. Verificar as crenças espirituais/religiosas dos profissionais das UBS com ESF;
5. Caracterizar como os profissionais conduzem no atendimento as questões relacionadas a espiritualidade/religiosidade dos usuários.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.031.061

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Aspectos Éticos: O projeto de pesquisa será submetido aos Comitês de Ética da UFPR e da SMS de Curitiba.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda solicitada para que a SMS seja replicada, favor considerar parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda solicitada para que a SMS seja replicada, favor considerar parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda solicitada para que a SMS seja replicada, favor considerar parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_908988E1.pdf	25/04/2017 13:54:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTEDEANUENCIATCI.pdf	05/04/2017 13:41:09	Gilse Elisangela da Silva de Souza	Aceito
Outros	INFORME2PLATAFORMACOMITE.docx	05/04/2017 13:40:54	Gilse Elisangela da Silva de Souza	Aceito
Outros	INFORME1CORRECOES.docx	05/04/2017 13:40:38	Gilse Elisangela da Silva de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTO.docx	04/04/2017 18:17:34	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MESTRADOPROJETO.docx	04/04/2017 18:17:13	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/03/2017 07:53:21	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	12DECLARACAODERESPONSABILIDADESNOPROJETO.pdf	07/02/2017 16:52:25	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Atadeaprovacoadoprojetocolegiado.pdf	07/02/2017 16:51:49	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	04Concordanciadainstituicaocoparticipante.pdf	07/02/2017 16:51:29	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.031.061

Declaração de Pesquisadores	01Oficiodopesquisadorresponsavelenca minhandooprojeto.pdf	07/02/2017 16:51:04	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	02AnalisedeMerito.pdf	07/02/2017 16:49:52	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/02/2017 16:37:29	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	08DECLARACAODEUSOESPECIFICOD EMATERIALEOUDADOSCOLETADOS. pdf	07/02/2017 16:32:23	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	09TERMODECOMPROMISSOPARAINI CIODAPESQUISA.pdf	07/02/2017 16:31:25	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	06BTermodeConfiabilidade.pdf	07/02/2017 16:31:06	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	07DECLARACAODETORNARPUBLICO SOSRESULTADOS.pdf	07/02/2017 16:15:33	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 25 de Abril de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integralidade em saúde um enfoque na dimensão espiritual/religiosa na prática do cuidado

Pesquisador: Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64572017.4.3001.0101

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.086.711

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa vinculada ao Programa de Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná - UFPR. Caracteriza-se como estudo de natureza qualitativa e quantitativa, sendo que na abordagem quantitativa está prevista a utilização de técnicas estatísticas para descrição e análise dos dados coletados e para a abordagem qualitativa serão trabalhadas crenças, significados, percepções e práticas profissionais, realizando descrições e comparações. A amostra a ser analisada será composta por profissionais da equipe multiprofissional das UBS com ESF. Há a informação de 300 participantes para a pesquisa. A pesquisa ocorrerá em 2 fases:

- 1) observacional, descritiva e transversal, com entrevistas semiestruturadas e aplicação da escala de saúde mental positiva, visando descrever as características e/ou experiências dos participantes. A proposta de horário para a entrevista será após o término do expediente dos participantes (17, 18 ou 19:00) pactuando-se o dia da semana mais adequado para cada um dos profissionais da Saúde, caso este tenha disponibilidade e desejo para a pesquisa. O tempo previsto para sua realização é de 30 minutos.
- 2) exploratória, com a realização de grupo focal com profissionais que demonstrarem interesse em aprofundar a discussão e que já tiveram experiência na sua prática de cuidado em relação a integrar a dimensão Espiritualidade/Religião. O grupo focal será realizado em um único encontro,

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.086.711

duração aproximada de 1 hora e meia tendo início às 19:00, no território do DS (a pesquisadora fará a busca de local apropriado na comunidade, podendo ser em espaço público como igrejas ou outros recursos comunitários). Há uma previsão de contemplar entre 8 e 14 participantes. A análise dos dados será realizada em 2 momentos:

1 fase: as informações dos formulários serão duplamente digitadas em banco de dados criado no programa Epi Info, versão 3.5.2 para Windows.

2 fase: Utilização do software Iramutec de análise textual do material verbal transcrito e análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo geral investigar quando e como os profissionais da equipe multiprofissional de saúde das UBS com ESF da Rede de Atenção à saúde de Curitiba, integram a dimensão espiritual/religiosa no cuidado em saúde. Como objetivos específicos encontram-se: caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde dos profissionais de saúde em estudo; conhecer as concepções referentes aos conceitos de saúde e do princípio da integralidade para as diferentes categorias profissionais das UBS com ESF; identificar a compreensão dos profissionais das UBS com ESF sobre a relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde; verificar as crenças espirituais/religiosas dos profissionais das UBS com ESF; caracterizar como os profissionais conduzem no atendimento as questões relacionadas a espiritualidade/religiosidade dos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras informam que "considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco, portanto haverá o cuidado para garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as suas fases". Registram que utilizarão de linguagem acessível e que a entrevista consistirá em um momento de acolhimento e reflexão das crenças de forma positiva. Também informam que o espaço físico e as condições para a realização da entrevista serão particularmente adequadas, com o foco na empatia e responsabilidade. Referem que "caso perceba-se que no momento da entrevista, questões que possam causar incômodo ou sofrimento, serão respeitadas as singularidades dos participantes, sempre buscando que prevaleçam os benefícios sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis. Os indivíduos poderão recusar a participação ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma." Como benefícios as pesquisadoras mencionam que "a pesquisa vai contribuir para discussão do modelo assistencial adotado, assim como trará evidência relacionada com a integralidade no cuidado em saúde na dimensão espiritual religiosa."

Endereço: Rua Atílio Borio, 680
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.086.711

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo possui relevância em virtude do reconhecimento de que as crenças e práticas espirituais/religiosas constituem-se como parte importante da cultura, princípios e valores de vida das pessoas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Considerando a amostra pretendida (n=300), recomenda-se que a pesquisa possa ser realizada em 1 dos DS que possuem 100% de US com ESF, assim indica-se como possibilidades os DS Bairro Novo e Tatuquara. As pesquisadoras acataram a sugestão definindo o DS Tatuquara como local para a realização do estudo. Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_908988_E1.pdf	25/04/2017 13:54:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTEANUENCIATCI.pdf	05/04/2017 13:41:09	Gilse Elisangela da Silva de Souza	Aceito
Outros	INFORME2PLATAFORMACOMITE.docx	05/04/2017 13:40:54	Gilse Elisangela da Silva de Souza	Aceito
Outros	INFORME1CORRECOES.docx	05/04/2017 13:40:38	Gilse Elisangela da Silva de Souza	Aceito
TCLE / Termos de	CONSENTIMENTO.docx	04/04/2017	Milene Zanoni da	Aceito

Endereço: Rua Afílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.086.711

Assentimento / Justificativa de Ausência	CONSENTIMENTO.docx	18:17:34	Silva Vosgerau	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MESTRADOPROJETO.docx	04/04/2017 18:17:13	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/03/2017 07:53:21	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	12DECLARACAODERESPONSABILIDADESNOPROJETO.pdf	07/02/2017 16:52:25	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Atadeaprovacao doprojeto colegiado.pdf	07/02/2017 16:51:49	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	04Concordanciadainstituicao coparticipante.pdf	07/02/2017 16:51:29	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	01Oficiodopesquisadorresponsavelnaminhandoprojeto.pdf	07/02/2017 16:51:04	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	02AnalisedeMerito.pdf	07/02/2017 16:49:52	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/02/2017 16:37:29	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	08DECLARACAODEUSOESPECIFICODEMATERIALEOU DADOS COLETADOS.pdf	07/02/2017 16:32:23	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	09TERMODECOMPROMISSOPARA INICIADAPESQUISA.pdf	07/02/2017 16:31:25	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	06BTermodeConfiabilidade.pdf	07/02/2017 16:31:06	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito
Declaração de Pesquisadores	07DECLARACAODETORNARPUBLICOSOSRESULTADOS.pdf	07/02/2017 16:15:33	Milene Zanoni da Silva Vosgerau	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Maio de 2017

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Afílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 Fax: (41)3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br