

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AARÃO CARAJÁS DIAS DOS SANTOS

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS EM
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE PARA UM
PROGRAMA DE TERCEIRO ANO OPCIONAL DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

RECIFE

2019

AARÃO CARAJÁS DIAS DOS SANTOS

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS EM
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE PARA UM
PROGRAMA DE TERCEIRO ANO OPCIONAL DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra Idê Gomes Dantas Gurgel

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S237e Santos, Aarão Carajás Dias dos.

Elaboração e validação de uma matriz de competências em práticas integrativas e complementares em saúde para um programa de terceiro ano opcional de Residência em Medicina de Família e Comunidade/ Aarão Carajás Dias dos Santos. — Recife: [s. n.], 2019.

95 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel.

1. Educação Baseada em Competências. 2. Terapias Complementares. 3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Competência Clínica. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Título.

CDU 37:61

AARÃO CARAJÁS DIAS DOS SANTOS

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS EM
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE PARA UM
PROGRAMA DE TERCEIRO ANO OPCIONAL DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 31 julho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Dra Rogelia Herculano Pinto
Universidade Federal de Pernambuco

“À Filó, Luanna e Agatha....mulheres que iluminam minha estrada.”

AGRADECIMENTOS

A celebração desta conquista traz um protagonismo geracional. Desde minha bisavó, parteira no rio Tapajós, pessoas construíram histórias que me permitiram estar aqui hoje. Aos meus familiares, agradeço pelo apoio nessa jornada e por me ensinarem sempre a não aceitar a omissão, a entender que sonhos se realizam caminhando e a perceber que os saberes vão muito além dos diplomas.

Agradeço a todos os especialistas que se dispuseram a participar do estudo. Sem vocês, não conseguiríamos alcançar nosso objetivo.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, agradeço pelas orientações consistentes e afetuosas que foram apreendidas e incorporadas na dissertação.

Aos meus colegas de turma, a eterna gratidão pelo companheirismo durante esta jornada. Dividimos o pioneirismo de sermos a primeira turma formada por este programa, assim como partilhamos todas as dificuldades que na estrada apareceram. O apoio perene de cada um para com o outro foi fundamental para cruzarmos esta fronteira.

À Semente, Luiza, Gabriel e às professoras Kátia, Islândia e Paulette, agradeço pelas contribuições incalculáveis neste meu percurso. Cada um de vocês esteve presente em momentos-chave para que este sonho tomasse corpo. A matriz é fruto de um esforço coletivo e vocês fazem parte desta história.

A todos os funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, às instituições financiadoras deste programa e ao corpo pedagógico que conduziu nosso processo formativo, agradeço por criarem as condições para que pudéssemos concretizar nossa jornada tendo o sentimento de companheirismo sempre guiando nossos passos.

À minha orientadora, professora Idê, agradeço pela persistência em acreditar que conseguiríamos. Gratidão por estar sempre presente e me desafiar mesmo quando eu achava que não mais seria possível. Pusemos nossos sonhos nas pernas e resolvemos andar por eles e com eles.

A certificação que se aproxima terá meu nome, mas as letras foram construídas pela história de todos que me antecederam e está sublinhada pela autoridade afetiva de minha filha, doutora da minha vida.

Agatha, você reaviva uma ambiência afetuosa que me mobiliza coragem para seguir caminhando. As gerações que me antecederam colocaram diversas histórias em meu sangue, mas você foi determinante para me fazer concluir este momento formativo que vai para muito além de um programa de mestrado.

De fato, paraísos não são lugares, mas breves momentos que conquistamos. Por isso, seguiremos cuidando de Tudo aquilo que nos Entrelaça a esta teia que reverbera potência para o porvir.

Sim, seguiremos caminhando...

Identidade

*“Preciso ser um outro
para ser eu mesmo
Sou grão de rocha
Sou o vento que a desgasta
Sou pólen sem insecto
Sou areia sustentando
o sexo das árvores
Existo onde me desconheço
aguardando pelo meu passado
ansiando a esperança do futuro
No mundo que combato
morrono mundo
porque luto nasço.”*

Mia Couto.

SANTOS, A. C. D. **Elaboração e validação de uma matriz de competências em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para um programa de terceiro ano opcional de residência em Medicina de Família e Comunidade**. 95f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são um conjunto de práticas e saberes milenares. A visão holística que envolve as PICS é um fator que se aproxima das atividades e pensamentos que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) ajuda a construir na Atenção Primária à Saúde. Este trabalho objetivou propor uma matriz de competências em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Trata-se de uma pesquisa-intervenção que utilizou a Técnica Delphi Modificada (TDM). Foi realizado levantamento bibliográfico e documental para se identificarem as competências relevantes para uma formação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Tais competências foram então submetidas a um processo de validação pelos participantes da pesquisa, tendo por base uma matriz crítico-emancipatória, utilizando-se a TDM. A partir do produto validado, foi então construída uma proposta de matriz de competências em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Acredita-se que uma matriz de competências em PICS fortaleça visões integradoras de saúde que, ao acolher saberes diversos, engendram simbioses potencializadoras da capacidade resolutive do MFC; consigam demonstrar similaridades com características da formação em MFC; fortaleçam áreas apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de formação médica, preenchendo lacunas criadas por processos educativos segmentadores ainda hoje vivenciados; se aproximem de características presentes na Política Nacional de Educação Popular em Saúde; fortaleçam a APS, lugar estratégico para a inserção das PICS no SUS e potencializem o papel político do MFC ao problematizar o caráter colonizador da produção biomédica, que produziu, por várias décadas, uma formação médica mercadológica e reducionista da singularidade humana.

Palavras-chave: Educação Baseada em Competências. Terapias Complementares. Medicina de Família e Comunidade. Competência Clínica.

SANTOS, A. C. D. **Elaboration and validation of a competency matrix in integrative and complementary health practices for an Optional Third Year Residency Program in Family and Community Medicine.** 95f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Health Practices (PICS) are a set of millennial practices and knowledge. The holistic view surrounding PICS is a factor that comes close to the activities and thoughts that Family and Community Medicine (MFC) help build in Primary Health Care. This paper aimed to propose a PICS competency matrix for an optional third year of residency in MFC. This intervention research used the Modified Delphi Technique (TDM). A bibliographic and documentary survey was conducted to identify the relevant competences for training in integrative and complementary health practices. The research participants, based on a critical-emancipatory matrix, using the MDT, then subjected these competences to a validation process. From the validated product, a PICS competency matrix proposal was then constructed for an optional third year of residency in MFC. A matrix of PICS competencies is believed to: Strengthen integrative health visions that, by embracing diverse knowledge, engender potentiating symbioses of MFC's resolving capacity; can demonstrate similarities with CFM training characteristics; strengthen areas highlighted by the National Curriculum Guidelines for medical education by filling gaps created by segmenting educational processes still experienced today; approaches characteristics present in the National Policy of Popular Education in Health; Strengthen PHC, a strategic place for the insertion of PICS in the SUS; and enhance the political role of the CFM by problematizing the colonizing character of biomedical production that has produced for several decades a market medical and reductionist formation of human singularity.

Keywords: Competency-Based Education. Complementary Therapies. Family Practice. Clinical Competence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da aplicação do método de pesquisa para a elaboração de matriz de competências em PICS a serem desenvolvidas em um terceiro ano opcional de residência em MFC.....	38
Figura 2 - Matriz de competências e suas sete dimensões.....	44
Quadro 1 - Caracterização dos documentos analisados segundo autor e ano de publicação, local da realização, revista publicada, formação do primeiro autor e tipo de publicação.....	40
Quadro 2 - Competências centrais da rodada 1 avaliadas em escala cinco por mais de 90% dos especialistas.....	56
Quadro 3 - Competências da rodada 2 aceitas para a inclusão na matriz por 100% dos painelistas.....	60
Quadro 4 - Matriz de competências crítico-emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Cognitiva após a primeira rodada.....	45
Tabela 2 -	Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Técnica após a primeira rodada.....	47
Tabela 3 -	Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Integrativa após a primeira rodada.....	49
Tabela 4 -	Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Contexto após a primeira rodada.....	51
Tabela 5 -	Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Relacionamento após a primeira rodada.....	52
Tabela 6 -	Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Afetiva/Moral após a primeira rodada.....	53
Tabela 7 -	Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Hábitos da Mente após a primeira rodada.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	<i>Carnegie Foundation</i>
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
BEM	Medicina Baseada em Evidências
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MI	Medicina Integrativa
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RM	Racionalidades Médicas
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Técnica Delphi Modificada
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCIS	Unidade de Cuidados Integrals à Saúde
SISAB	Sistemas de Informação em Saúde da Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVO GERAL.....	18
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	19
3.1	AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	19
3.2	O LEGADO DE FLEXNER E SUA RELAÇÃO COM AS PICS NA EDUCAÇÃO MÉDICA.....	23
3.3	FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	26
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	32
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2	PERÍODO DE ESTUDO.....	32
4.3	ACERVO E SUJEITO.....	32
4.4	COLETA DE DADOS.....	33
4.4.1	<i>Levantamento Bibliográfico.....</i>	<i>33</i>
4.4.2	<i>Levantamento Documental.....</i>	<i>33</i>
4.4.3	<i>Delphi Modificado.....</i>	<i>34</i>
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	35
4.5.1	<i>Análise Qualitativa Bibliográfica e Documental.....</i>	<i>35</i>
4.5.2	<i>Análise Quantitativa.....</i>	<i>36</i>
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ...	89
	APÊNDICE B -Questionário para a avaliação dos especialistas	90
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	95

1 INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são um conjunto de práticas e saberes que não fazem parte dos saberes/práticas da Medicina tradicional ocidental. No mundo, há uma crescente procura por elas devido a frequentes insatisfações com o modelo biomédico hegemônico e pelas experiências positivas com tais práticas, como melhor relação profissional-usuário e maior estímulo ao autoconhecimento das pessoas (BRASIL, 2016).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) legitimou as práticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), fitoterapia, homeopatia, medicina antroposófica, termalismo social, arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017).

Uma outra forma de se olhar para as PICS é por meio do prisma das Racionalidades Médicas (RM). Esse referencial teórico propõe-se a sistematizar algumas práticas de saúde em categorias teoricamente estruturadas, de modo a permitir visões diferentes para um mesmo fenômeno de cuidado, além de fornecer elementos para a problematização do modelo biomédico vigente. Nesse sentido, as racionalidades estão sistematizadas nas categorias da morfologia humana, dinâmica vital, sistema de diagnósticos, sistema de intervenções terapêuticas, doutrina médica e uma cosmologia que as fundamenta (LUZ; BARROS, 2012).

A inclusão das PICS no Sistema Único de Saúde (SUS) é apropriada aos diversos níveis de atenção à saúde, mas pode ter maior ênfase na inserção em Atenção Primária, onde o cuidado se dá de uma forma mais humanizada, integral e continuada (CUNHA, 2010).

A visão holística que envolve as PICS é um fator que se aproxima das atividades e pensamentos que a Medicina de Família e Comunidade (MFC) insere na Atenção Primária à Saúde (APS), pois, ao apresentar um modelo de compreensão do sujeito doente e do processo terapêutico mais amplo, a MFC fornece um ambiente potencialmente emancipatório e com menos iatrogenias associadas.

Outro fator que liga os dois pensamentos é visto no uso que a MFC faz do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que viabiliza um modelo de cuidado

integral de abordagem na consulta, pois objetiva atender às necessidades e expectativas de médicos e pessoas atendidas, abrindo caminho para uma consulta mais adequada à realidade da APS (GUSSO; LOPES; DIAS, 2012).

Apesar das conquistas, ainda existem dificuldades para a implantação dessas práticas no SUS. Antes, pela ausência de estudos, atualmente, por se tratar de uma questão paradigmática do processo de cuidado.

Foram vividas décadas de um ensino de Medicina baseado em uma lógica reducionista, centrada na doença e tendo como campo de prática quase que exclusivamente o hospital. Essa lógica serviu para formar a maioria dos médicos em ambientes geradores do enfraquecimento de visões mais generalistas e integradoras de saúde (SÁ, 2015).

Pretende-se, por este estudo, tendo em vista a necessidade de consolidação de processos de cuidado pautados na integralidade da pessoa e entendendo que tanto as PICS quanto a MFC dialogam diretamente com esta característica, definir uma matriz de competências em práticas integrativas e complementares a serem desenvolvidas em um terceiro ano opcional de residência em MFC, contribuindo, assim, com ferramentas necessárias para a ampliação da resolutividade e da qualificação dos serviços de saúde.

Pelo fato de Recife já possuir um histórico de inserção das PICS nas rotinas de alguns serviços de saúde, percebe-se a existência de ambientes contra-hegemônicos frente ao modelo biomédico predominante atual. Entende-se que esse aspecto segmentado e reducionista de se olhar para os cuidados em saúde pode também ser problematizado pelo prisma das RM.

Em 2016, segundo dados coletados a partir dos Sistemas de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), foram registrados mais de dois milhões de atendimentos das PICS nas UBS. Percebe-se, avaliando a distribuição dos serviços, que 78% estão concentrados na Atenção Básica (AB), principal porta de entrada do SUS; 18%, na atenção especializada e 4%, na atenção hospitalar. As PICS estão presentes em quase 56% dos municípios brasileiros distribuídos pelos 27 Estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras (BRASIL, 2017b).

Procura-se, somando-se às racionalidades em prol da melhoria das condições de saúde dos usuários, a construção de um SUS coerente com as necessidades da população. Portanto, fortalecer essa ligação pode fornecer melhores condições de se trabalhar com a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e

reabilitação dentro da ESF, além de potencializar reflexões relacionadas ao papel político do médico de família e comunidade.

Com o intuito de discursar sobre a contribuição de um terceiro ano de residência opcional destinado à ampliação do conhecimento do MFC dentro da racionalidade das PICS, o estudo traz a conhecimento a atual realidade deste profissional que, motivado ao uso de uma abordagem integral do indivíduo em seu processo saúde-doença, busca, em outros espaços, práticas em saúde que, assim como a MFC, promovem a integralidade da assistência.

A importância da criação de tal programa baseia-se na estratégia de formar e capacitar especialistas atuantes na APS com competências expandidas dentro do paradigma integrativo de saúde, objetivando-se, com isso, a obtenção de melhor resolutividade e benefícios para o indivíduo nos diversificados campos do cuidado em saúde.

É observado que grande parte dos profissionais da APS busca outros métodos de cuidado, não por entender que os instrumentos propostos pela MFC seriam inadequados, mas pelo interesse de ampliar o seu conhecimento quanto a outros saberes integrativos, agregando competências aperfeiçoadoras da qualidade do serviço.

Ao encontro disso, entende-se que, para os especialistas em MFC, a criação de terceiro ano focado no conhecimento das PICS é a oportunidade de apresentar e fortalecer práticas de maneira integrada à especialidade central do estudante, garantindo, ao mesmo, a oportunidade de vivenciar, aprender e aprofundar conhecimentos e reconhecimentos da PICS dentro de um espaço protegido e organizado para sua qualificação, desenvolvendo, academicamente, uma perspectiva ampliada do cuidado integrativo pelo olhar de outras práticas de saúde.

Para além das perspectivas conjunturais de expansão das PICS, tendo a AB com lugar estratégico para isso, afirma-se que se assume o papel de sujeito diretamente implicado por esta temática. Por ter a formação em acupuntura e em MFC, o pesquisador entende que, ao estabelecer comparações e compatibilidades possíveis entre as racionalidades ocidentais e orientais, se está colocando em questão o monopólio teórico e terapêutico da Medicina ocidental que, em muitos aspectos, despotencializa a autonomia e a capacidade crítica dos seres humanos.

Essa aproximação entre os campos da MFC e da acupuntura pode ser percebida pela forma de gerir a saúde. A representante da MTC possui, em sua

racionalidade, um olhar ampliado sobre as condições em que os sujeitos se encontram. Entende-se, baseando seu diagnóstico por meio da análise de fenômenos naturais, que podem estar em desequilíbrio, gerando o processo de adoecimento, que a acupuntura pode atuar em múltiplas condições patológicas que variam desde uma lesão física e estrutural, passando por uma dor crônica vaga, até fatores emocionais (WHITE; FILSHIE, 2013).

Assim, como a MTC dialoga com características trazidas pela MFC, diversas outras PICS podem gerar aproximações similares. Portanto, ao problematizar essas relações, intenciona-se fornecer outros elementos para repensar o papel dos profissionais enquanto agentes provedores do cuidado.

Pelo fato de a MFC ser uma especialidade de conhecimento médico comprometido e orientado por princípios de atuação que rompem com a prática biomédica tradicional, englobando a prestação de cuidados personalizados, os programas de residência de MFC buscam, como princípios, formar profissionais que sejam clínicos qualificados e que tenham seus desempenhos pautados fundamentalmente na relação médico-pessoa.

O MFC formado por esse programa beneficiar-se-ia de um terceiro ano opcional de formação em PICS pelo fato de estas contribuírem com sua capacidade de gerir o cuidado em saúde, tanto na identificação de condições desarmônicas geradoras de enfermidades, ainda em momentos indiferenciados e atípicos, quanto no manejo de enfermidades agudas e/ou crônicas. Desse modo, objetiva-se contribuir para a ampliação e qualificação da oferta de cuidado integral das pessoas acompanhadas pelos serviços de saúde.

Apresenta-se, pensando nesse contexto, a seguinte pergunta condutora: “Qual matriz de competências em PICS se adequa a um terceiro ano opcional de residência em MFC?”.

Acredita-se que uma matriz de competências em PICS reforce visões integradoras de saúde que, ao acolher saberes diversos, engendram simbioses potencializadoras da capacidade resolutiva do MFC. Além disto, procura-se um resultado que consiga demonstrar similaridades com características da formação em MFC.

Este produto visa também a se aproximar de áreas apontadas tanto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de formação médica, preenchendo lacunas

criadas por processos educativos segmentadores ainda hoje vivenciados, quanto por características presentes na Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

Desse modo, busca-se fortalecer a APS, lugar estratégico para a inserção das PICS no SUS, potencializando o papel político do MFC ao problematizar o caráter colonizador da produção biomédica, que produziu, por várias décadas, uma formação médica mercadológica e reducionista da singularidade humana.

2 OBJETIVO GERAL

Definir uma matriz de competências em PICS a serem desenvolvidas em um terceiro ano opcional de residência em MFC.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as competências relevantes para a formação em PICS a partir de revisão bibliográfica e levantamento documental;
- b) Validar as competências relevantes em práticas integrativas e complementares a serem desenvolvidas pela MFC;
- c) Elaborar uma proposta de matriz de competências em práticas integrativas e complementares para um terceiro ano opcional de residência em MFC.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Objetiva trazer reflexões sobre as PICS e sua relação com a formação médica.

3.1 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

PICS é a designação que o Ministério da Saúde (MS) deu ao que se tem chamado, na literatura científica internacional, de Medicinas Alternativas e Complementares (*Complementary and Alternative Medicine*). Refere-se a um conjunto heterogêneo de práticas, produtos e saberes agrupados pela característica comum de não pertencerem ao escopo dos saberes/práticas consagrados na Medicina convencional (NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2010).

O desenvolvimento das PICS nos sistemas de saúde públicos universais é favorável e seu crescimento é incontestável nas últimas décadas. Desde a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, a seus países membros, a inclusão das PICS nos sistemas públicos de saúde (BRASIL, 2016).

Em 2006, foi instituída, no Brasil, a PNPIC (BRASIL, 2006a). De acordo com esta política da Portaria GM/MS 971/2006 (BRASIL, 2006b) e Portaria nº 849/2017, estão inseridas, no SUS, mais de 20 práticas, contemplando as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, MTC/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia e, desde 2017, também arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017).

Antes do surgimento da PNPIC, o município de Recife, no ano de 2004, houve uma iniciativa pioneira na região Nordeste, percebida por meio de uma política inovadora pautada na preocupação com as mudanças sociais e demográficas, o aumento das doenças crônicas degenerativas e a necessidade de se incorporar outra forma de atendimento terapêutico, visando a melhorar a qualidade de vida e o acolhimento aos pacientes que necessitavam de remédios em grande quantidade e, muitas vezes, com custos elevados (BRASIL, 2016).

Tal política objetivava proporcionar, para o município, práticas complementares de promoção à saúde na perspectiva da visão integral do ser humano e do cuidado com o corpo na saúde e na doença. Para isso, foi construída a Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath (UCIS) (AROUCHA, 2012).

Incorporada à rede municipal de saúde, a UCIS serviria para atuar como referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial, para atender pacientes encaminhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (SANTOS, 2010). Esses avanços fazem perceber que as racionalidades das PICS estão se inserindo na conjuntura dos processos de cuidado da população local e que Recife assume um papel de vanguarda nesse processo.

As PICS podem ser inseridas no SUS em diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase na inserção na AB, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, propiciando um cuidado continuado, humanizado e integral (CUNHA, 2010).

Em uma avaliação da inserção das PICS no SUS, foram identificados quatro modelos: os tipos 1, 2 e 3, indicando sua inserção na APS, sendo o primeiro por meio das equipes de saúde da família, o segundo via profissionais de exercício exclusivo e o terceiro por meio das ações de matriciamento. O tipo 4 alude à inserção de tais práticas em ambulatórios especializados. O estudo concluiu que a combinação dos tipos 1 e 3 é favorável ao desenvolvimento das medicinas complementares no SUS na medida em que potencializa a integralidade da atenção prestada aos usuários dos serviços de saúde (SOUSA; TESSER, 2017).

Essas práticas adquiriram um progressivo espaço social no período em que surgia uma crescente crise de atenção à saúde. Esta crise reflete o fato de que a civilização ocidental contemporânea gasta mais tempo e recursos direcionados quase que exclusivamente na doença, e não no doente, e, assim, o indivíduo e suas aflições vão para segundo plano (SOUSA; VIEIRA, 2005).

Acredita-se que as PICS, ao se constituírem em um campo paradigmático da saúde, possam também contribuir para a descolonialidade do poder instituído pelo saber biomédico ao longo dos anos, visto que, ao democratizar o acesso a diversos tipos de práticas, permite que a subjetividade da pessoa possa ser melhor acolhida em um processo gerador de autonomia e cuidado (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Soma-se a essa dinâmica de crescimento das PICS o surgimento da categoria conhecida como RM, que engloba a Biomedicina como mais um sistema de cura, dentre vários existentes, o que fornece uma nova perspectiva de abordagem contra-hegemônica perante o sistema de saúde vigente (LUZ; BARROS, 2012).

As racionalidades surgem a partir da comparação de vários sistemas médicos complexos, sistematizando os olhares de interpretação a partir das dimensões da morfologia humana, dinâmica vital, sistema de diagnósticos, sistema de intervenções terapêuticas, doutrina médica e uma cosmologia que os fundamenta. Essa forma de organização permite variadas imersões problematizadoras (LUZ; BARROS, 2012).

As PICS atuam também na dimensão subjetiva, assim como na promoção da saúde, prevenção de doenças e na reabilitação, tratando da condição humana para além da patologia, em busca do equilíbrio corpo-mente-espírito, além de atuar nas dimensões variadas do sofrimento (TESSER; BARROS, 2008). Levam-se em conta, pensando a inserção das PICS na realidade da formação e atuação médica tradicional, os olhares de Ludwik Fleck (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013). Para se problematizar uma educação pautada exclusivamente no modelo biomédico. Para este autor, o saber biomédico seria um conhecimento presente e utilizado por um núcleo esotérico de terapeutas que, no fundo, utilizariam informações construídas por outro núcleo mais frio, que não teria contato com as pessoas, chamado de superesotérico e que seria representado pela ciência.

Assim, quando os usuários chegam para ser atendidos, trazendo seus saberes exotéricos (de fora do círculo de saberes dos especialistas), são recepcionados por profissionais que não possuem a capacidade de traduzir essas demandas, levando em conta as singularidades presentes nas experiências. Existe um embate de um saber de um núcleo esotérico embebido de conhecimentos científicos reducionistas com um núcleo exotérico que precisava, mas não consegue ser acolhido em grande parte de suas necessidades (NASCIMENTO; NOGUEIRA, 2013).

Pode-se dizer, estendendo essa reflexão ao contexto das PICS, que elas fornecem outras formas de se acolher as demandas trazidas pelos usuários, aumentando o leque interpretativo com variados núcleos esotéricos, que, diferentemente do saber biomédico, trazem consigo conhecimentos antigos produzidos não por núcleos superesotéricos e sim pelos próprios agentes

cuidadores. Potencializa-se, diversificando os olhares para as experiências trazidas naturalmente, a integralidade das relações de cuidado do profissional de saúde.

Nesse sentido, as PICS convergem com o conceito de integralidade defendido por Tesser e Luz (2008):

Um atributo, usado no contexto da atenção à saúde especializada (mas não só), qualificador de uma ação interpretativa e terapêutica, preventiva ou “curativa” o mais ampla e global possível e, ao mesmo tempo, precisa, que integra muitas dimensões dos adoecimentos e da vida dos doentes, tanto do ponto de vista dos pacientes como do saber especializado que orienta o curador.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) também pode ser refletida pelo prisma das PICS já que as mesmas não podem ser compreendidas tomando por base o paradigma cartesiano-mecanicista e materialista ainda predominante no meio científico. No fenômeno produzido por elas, estão envolvidas forças imateriais que agem sobre a matéria e produzem nela perturbações condicionantes (ABREU, 2015).

Além disso, para uma compreensão mais abrangente das PICS, é preciso também levar em consideração o conhecimento da dimensão sutil dos seres vivos, propiciado há milhares de anos por diversas tradições sapienciais e espirituais da antiguidade, em um genuíno exercício de integração das dimensões racional e intuitiva para a obtenção de conhecimento. Ter uma ciência que esteja aberta a vários modos de validação e que leve em conta uma teoria ampliada e crítica do conhecimento tende a potencializar a integralidade do cuidado (PELIZZOLI, 2011).

Procura-se, somando-se às racionalidades em prol da melhoria das condições de saúde dos usuários, a construção de um SUS coerente com as necessidades da população. Portanto, fortalecer essa ligação pode fornecer melhores condições de se trabalhar com a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação dentro da ESF (FREITAS, 2015). Ao se organizar espaços de aprofundamento para a residência de MFC que dialoguem com a temática das PICS, intenciona-se colaborar com esse processo de fortalecimento da APS.

3.2 O LEGADO DE FLEXNER E SUA RELAÇÃO COM A AS PICS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

O modelo de ensino médico utilizado atualmente no Brasil, apesar de algumas ressignificações, ainda se baseia muito nos princípios que nortearam a chamada Reforma Flexner, ocorrida nos Estados Unidos e Canadá a partir do início do século XX (REGO, 2003).

Abraham Flexner foi um educador que fez uma graduação inicial em artes e humanidades na Universidade de Johns Hopkins. Após sua pós-graduação, escreveu um livro que avaliava criticamente o sistema educativo norte-americano. Tal publicação resultou em um convite da Carnegie Foundation (CF) para que o educador pudesse realizar um estudo avaliativo da educação médica nos Estados Unidos e Canadá. A CF havia sido contratada pela *America Medical Association* para realizar esse serviço (TOMEY, 2002).

O convite foi aceito e Flexner avaliou pessoalmente todas as 155 escolas médicas dos EUA e Canadá em um período de 180 dias, o que, para alguns autores, pode ser considerado um tempo insuficiente para tal objetivo, principalmente pelo fato de que muitas escolas eram avaliadas no intervalo de um dia, atribuindo, a seus indicadores, juízo de valor suficiente para definir a permanência ou o fechamento desses locais de formação médica, tornando-se, com isso, o principal instrumento para a acreditação das escolas de Medicina naqueles países. Esse processo gerou implicações diretas em todo ocidente desde a sua publicação, em 1910 (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Em um contexto envolto pelo desenvolvimento da industrialização e da mercantilização da saúde, o estudo, que passou a ser conhecido como Relatório Flexner, encontrou um terreno favorável para o crescimento e a propagação, pois trazia características de estímulo a uma formação médica que estivesse visceralmente envolvida com uma clínica laboratorial e que estivesse voltada para o consumo de procedimentos e exames (SILVA, 2016).

Nesses moldes, quanto mais conhecimento o médico tivesse de sua função exclusiva, mais eficiente seria sua formação, que teria forte ênfase no raciocínio analítico formal e no positivismo da ciência médica em um processo que estimulava a especialização do trabalho e a fragmentação do saber (MERH; ADOLÉ, 2003).

Esse contexto econômico e social burguês vivenciado na época, somado à formação de Flexner, no paradigma científico e reducionista da Universidade Johns Hopkins, desenvolveu nele muita reserva contra a confiabilidade e o valor de outras abordagens consideradas “não científicas” como as PICS, por exemplo, o que gerou profundos efeitos deletérios sobre a forma como essas práticas passariam a ser vistas e desenvolvidas a partir desse período (STAHNISCH; VERHOEF, 2012).

Produto dessa visão pode ser apresentado por meio do encerramento da maioria das faculdades e programas orientados pelas medicinas complementares e alternativas. Mais de 80% dos programas de homeopatia foram encerrados durante esse período (BECK, 2004).

Ressalta-se um trecho do Relatório Flexner:

Até agora, falamos explicitamente das ciências fundamentais apenas. Elas fornecem, de fato, a base instrumental essencial da educação médica. Mas o mínimo instrumental dificilmente pode servir como o mínimo que o profissional precisa dominar. O praticante lida com fatos de duas categorias. Química, Física e Biologia permitem apreender um conjunto; ele precisa de um aparelho apreensivo e apreciativo diferente para lidar com outros elementos mais sutis. A preparação específica nessa direção é muito mais difícil; deve-se confiar pela visão e simpatia necessárias em uma experiência cultural variada e ampliada. Essa ampliação do horizonte do médico é importante, pois o progresso científico modificou grandemente sua responsabilidade ética. [...] mas a função do médico está rapidamente se tornando social e preventiva e não individual e curativa. Sobre ele, a sociedade confia para verificar e por meio de medidas essencialmente educativas para fazer cumprir as condições que impedem a doença de acometer o bem-estar físico e moral. É evidente que este tipo de médico é, antes de mais nada, um homem educado (FLEXNER, 1910, p. 26, Tradução nossa).

Desse fragmento, fica uma ponderação. Por entender as PICS como “charlatanismo” e/ou “bruxaria”, Flexner (1910) trabalhou copiosamente para que as mesmas fossem praticamente banidas do cenário da educação médica. No entanto, o mesmo admitia que os médicos necessitavam ter saberes além dos ditos técnicos e que esses saberes necessitavam de uma preparação específica muito mais difícil de se fazer. Pode-se inferir que, de fato, ele não sabia do que se tratavam as práticas integrativas, já que as mesmas poderiam facilitar a aquisição dessas competências julgadas por ele como mais complexas de serem adquiridas.

Se, por um lado, seu trabalho teve a vertente positiva de permitir um processo reorganizativo e regulamentador do funcionamento das escolas médicas, o que foi salutar para aquele momento histórico, por outro, desenvolveu um processo de

negação de todas as propostas de atenção em saúde que não dialogassem com o modelo proposto (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

No Brasil, as repercussões da publicação do relatório foram mais tardias, tomando corpo durante a reforma universitária brasileira de 1968, na qual ocorreu a reorganização do ensino, tomando por conta os princípios trazidos pela Reforma Flexner (REGO, 2003).

Foram vividas décadas de um ensino de Medicina baseado em uma lógica reducionista centrada na doença e tendo como campo de prática quase que exclusivamente o hospital. Essa lógica serviu para formar a maioria dos médicos em ambientes que geravam o enfraquecimento de visões mais generalistas e integradoras de saúde (SÁ, 2015).

Campos, Chakour e Santos (1997) também trouxeram alguns caminhos para se pensar a formação médica a partir dessas repercussões. Em “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS”, eles apresentaram a reflexão de que o processo de criação de especialidades médicas no Brasil seguiu uma lógica tipicamente liberal com normas estritamente corporativistas.

Sem negar a legitimidade técnica da maioria das especialidades, que, em geral, melhoram a resolutividade da prática médica, os autores demonstraram que essa fragmentação do trabalho acabou por dificultar, em alguns casos, o processo de diagnóstico e a instituição de terapêuticas em tempo hábil (com o aumento de referências e a realização de exames complementares, muitas vezes, sem necessidade). Outro fator interessante apontado é que, quando se adotam processos de trabalho centrados na lógica das especialidades focais, pode ocorrer um fluxo de esvaziamento de saberes dos generalistas e da MFC, que encontram, nessa lógica, um caminho para a comodidade de condutas (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997).

Sobre essa lógica reflexiva, pode-se apontar que as PICS podem fortalecer o caminho reverso. Ao utilizá-las para qualificar a ação do médico, elas fortalecem as ações de saúde, pois se revigora, por meio de outros saberes, aquele campo alterado pelo processo de fragmentação do cuidado, combatendo, inclusive, a possibilidade de esvaziamento de saberes em casos de comodidade de condutas que, porventura, possam acontecer. Os saberes diversos possuem a capacidade de se engendrar em uma simbiose que potencializa a capacidade resolutiva de uma

forma similar ao que a fragmentação vigente proporcionou para as especialidades focais.

O esgotamento do modelo Flexneriano começa a ser percebido mais fortemente a partir de 1978 na conferência de Alma-Ata promovida pela OMS/UNICEF. Com a participação de 178 países e como lema “saúde para todos no ano 2000”, a conferência atenta para a necessidade de um olhar mais equitativo para as questões de saúde mundiais (LOPES, 2005).

Esse cenário de mudanças fortalece-se a partir da efetivação das DCN do curso de graduação de Medicina, de 2001 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001), que foram reforçadas pelas DCN de 2014 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014). Ambas trazem a perspectiva de um direcionamento da educação médica para a formação de recursos humanos qualificados para o trabalho na assistência dos níveis primário e secundário (DEMARZO *et al.*, 2010).

As PICS, nesse contexto, parecem fortalecer esse processo de ressignificação da formação médica trazida pelas DCN, já que podem atuar no fortalecimento das áreas de atenção à saúde, favorecendo a integralidade e humanização do cuidado; gestão em saúde por meio da gestão do cuidado e valorização da vida e educação em saúde por meio da promoção do pensamento científico-crítico e apoio à produção de novos conhecimentos.

3.3 FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A MFC pode ser entendida como uma especialidade de conhecimento médico comprometido e orientado por princípios de atuação que rompem com a prática biomédica tradicional, englobando a prestação de cuidados personalizados, continuados a indivíduos e famílias de um determinado território independentemente de idade, sexo ou problema de saúde (LOPES, 2005).

A declaração da Alma-Ata, na perspectiva de “saúde para todos”, orientou a necessidade de formação voltada para os sistemas de saúde em transformação. Desse modo, propôs a ampliação dos cenários de aprendizagem para serviços comunitários, em consonância com as prioridades sanitárias dos países. Além disso, pautou o desenvolvimento de competências não apenas clínicas, mas também a formação de valores sociais para o exercício da Medicina (MARTINS, 2008).

Nesse contexto, atua a MFC, que possui como princípios ter um profissional que seja um clínico qualificado, que seja recurso de uma população definida e que tenha seu desempenho pautado fundamentalmente na relação médico-pessoa (GUSSO; LOPES; DIAS, 2012).

As primeiras experiências de residência médica em MFC (que ainda não possuía esse nome na época) ocorreram de forma descentralizada no Brasil. Foram desbravadores nesse processo, no ano de 1976, o Centro de Saúde Escola São José do Murialdo, no Rio Grande do Sul, e o Serviço de Medicina Integral da Faculdade do Rio de Janeiro, além do Projeto Vitória, na região metropolitana de Recife, que existiu até 1986 (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

A conferência de Alma-Ata, a Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Programa Saúde da Família, em 1995, com o conseqüente aumento dos postos de trabalho, deixaram mais evidente a necessidade da formação de médicos que trouxessem a qualidade, a resolutividade e a educação permanente para o âmbito da APS. Esses profissionais precisariam dispor de olhares que colocassem as pessoas e as famílias como o centro do processo de cuidado (MELLO *et al.*, 2009).

O fortalecimento da APS, nesse contexto, pode ser entendido como uma forma de organização dos serviços de saúde sob a perspectiva comunitária, exercendo o papel de porta de entrada do SUS e sendo responsável por serviços preventivos, curativos e de reabilitação em um cuidado integral frente aos diversos níveis de atenção à saúde (SILVA, 2016).

O governo brasileiro, por meio do decreto nº 8.281, de 1977 (BRASIL, 1977), criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e regulamentou a residência médica como modalidade de especialização. Em 1981, a CNRM formalizou um currículo mínimo para os programas de residência com ênfase em saúde da família, adotando, nessa época, o nome de Medicina geral comunitária. Em 2015, a Câmara Técnica de AB e Saúde Coletiva, que é um órgão assessor da CNRM, discutiu e elaborou a resolução nº 01/2015 (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2015), que regulamentou os requisitos atuais mínimos para os programas de residência em MFC.

O MFC formado por esse programa precisa saber identificar doenças e enfermidades ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas, manejar condições crônicas e agudas e problemas que configurem situações de urgência e emergência, ofertar cuidado integral às pessoas sobre suas responsabilidades e

coordenar o cuidado independentemente do percurso desse pela rede de serviços de saúde. Dentre as áreas de atuação desse profissional, há a AB, urgência e emergência, atenção domiciliar, saúde mental, educação popular em saúde e participação social, saúde coletiva e clínica geral integral em todos os ciclos de vida (COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA, 2015).

Em 2001, ocorreu a reativação da Sociedade Brasileira de MFC, que contribuiu para a mudança da denominação da especialidade para MFC e para a formação do médico generalista bem informado e preparado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2018).

A experiência acumulada pelos programas brasileiros evidenciou a necessidade de a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) capitanear um processo de construção de um currículo que conseguisse se tornar referência para os programas de residência da especialidade e que pudesse homogeneizar um perfil para o egresso dos programas de MFC.

Segundo as DCN para os cursos de graduação em Medicina, de 2014, competência pode ser entendida como:

A capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do SUS (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2014, CAPÍTULO II).

Em consonância com Deluiz (2001), acredita-se que a competência já carregue, em seu campo interpretativo, a mobilização intrínseca de conhecimentos e de habilidades de tal forma que fragmentar essa construção, por meio da separação de partes naturalmente integradas, poderia converter-se em uma incongruência conceitual e metodológica.

Nesse sentido, no ano de 2014, a SBMFC organizou o evento “*Competency Based Curriculum Workshop*”, que foi conduzido por um grupo da MFC canadense e que gerou, como produto, o currículo baseado em competências que hoje é utilizado pelos programas de residência em MFC (RIO DE JANEIRO, 2014).

O currículo é organizado em uma estrutura de áreas de conhecimento e as competências são categorizadas da seguinte forma: Pré-requisito são as competências que os residentes já deveriam ter adquirido na graduação; Essenciais, que são aquelas que todos os residentes precisam adquirir durante os dois anos da

residência; Desejáveis, que são aptidões que porventura podem ser adquiridas por aqueles residentes de maior destaque e Avançadas, que, a princípio, nem seriam para a residência em si, mas advindas de formações complementares que o residente possa ter (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2016).

Este currículo coloca as PICS dentro das áreas de conhecimento advindas de uma formação optativa ou complementar e, no campo das competências, não cita nada enquanto pré-requisito; coloca, como competências essenciais, ter o conhecimento teórico básico das PICS mais comuns, saber utilizar as plantas medicinais e fitoterápicos disponíveis na região e saber indicar, de forma consequente, a realização de PICS para os comunitários. Para desejáveis, versa sobre a capacidade de dominar a teoria de, pelo menos, uma PIC e, como avançada, apresenta a competência de aplicar a área que domina para benefício da pessoa atendida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2018).

Apesar da conjuntura atual de degradação da saúde pública, observam-se várias incursões de resistência e de fortalecimento do olhar para a APS. Nesse sentido, vale ressaltar a publicação de várias políticas públicas de incentivo do Ministério da Educação e MS para os programas de residência em Medicina e Família e Comunidade, tais como a lei nº 12.871, de 22/10/2013 (BRASIL, 2013), que instituiu o Programa Mais Médicos; a Portaria Interministerial nº 1.001, de 22/10/2009 (BRASIL, 2009), que instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência e a Portaria 1.248/2013 (BRASIL, 2013b), que versa sobre estratégias de qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As residências em saúde são reconhecidamente espaços de educação permanente pelo fato de trazerem, em sua essência, processos de imersão nos quais se percebe, a todo momento, o saber com aprendizado, além de serem acompanhados por um conjunto de preceptores e residentes que se transformam coletivamente pelas experiências dos encontros cuidadores regularmente proporcionados pela integralidade atenção (CECCIM; KREUTZ; MAYER, 2011).

Nesse sentido, a residência de MFC, no contexto da APS, também pode ser apreciada pela ótica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na medida em que potencializa diretrizes alicerçadas em cuidados que

dialogam com espaços de transformação das práticas profissionais (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

Segundo a PNEPS (BRASIL, 2007):

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A política já aponta para a necessidade de se problematizar a persistência do modelo escolar reducionista percebido nos ambientes de trabalho das equipes de saúde, muitas vezes, resquícios das imersões deletérias de olhares segmentados advindos da graduação universitária. Nesse sentido, foram pensados espaços visando ao desenvolvimento de novos processos de produção de saúde ressignificados a partir de novas relações e conceitos das práticas profissionais e da reorganização do trabalho (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

As PICS podem ser trabalhadas a partir de uma perspectiva que ambicione a construção de conhecimentos comprometidos com a realidade social da população, servindo como estratégia para a qualificação dos recursos humanos no campo da saúde em espaços contemplados pela PNEPS e pelos programas de residência em saúde.

Para potencializar seu olhar em busca da integralidade do cuidado, a MFC se utiliza também do MCCP. Trata-se de uma abordagem na consulta que objetiva atender às necessidades e às expectativas de médicos e pessoas atendidas, abrindo caminho para uma consulta mais adequada à realidade da APS (GUSSO; LOPES; DIAS, 2012). Atualmente, é composto por quatro componentes: Explorando a saúde, a doença e a experiência com a doença; Entendendo a pessoa como um todo; Elaborando um projeto comum de cuidado e Intensificando a relação médico-pessoa (STEWART *et al.*, 2017).

As PICS, nesse universo, constituem-se em um canal importante para o diálogo, pois, ao trazer a potência de outras racionalidades, fortalece a clínica tradicional na medida em que amplia a resolutividade da atenção primária. Esse olhar ainda dialoga com a MFC, pois apresenta modelos de compreensão do sujeito doente e do processo terapêutico mais amplo, fornecendo um ambiente potencialmente emancipatório e com menos iatrogenias associadas (CUNHA, 2010).

Ao aprofundar a formação do médico de família e comunidade, por meio da aquisição de competências advindas das PICS, busca-se também valorizar e fortalecer saberes e práticas populares de cuidado, dialogando, dessa forma, com o eixo estratégico do cuidado em saúde apontado pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Ressalta o processo de construção metodológica pensada para a monografia.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção (ROCHA; AGUIAR, 2003), que utilizou abordagem mista, empregando-se a Técnica Delphi Modificada (TDM) como ferramenta quantitativa e instrumentos qualitativos como a revisão bibliográfica e o levantamento documental.

4.2 PERÍODO DO ESTUDO

Foi realizado levantamento bibliográfico e documental, do período de 1997 a 2015, com o objetivo de descrever as competências relevantes para uma formação em PICS.

Posteriormente, no período de novembro de 2018 a abril de 2019, por meio da utilização da TDM com os participantes da pesquisa, foram validadas as competências relevantes em práticas integrativas e complementares a serem desenvolvidas pela MFC.

A partir do produto validado, foi então construída uma proposta de matriz de competências em práticas integrativas e complementares para um terceiro ano opcional de residência em MFC.

4.3 ACERVO E SUJEITOS DO ESTUDO

O acervo bibliográfico foi constituído pela produção científica desenvolvida e disponibilizada *on-line* por meio de livre acesso nos idiomas português, espanhol e inglês. O levantamento documental levou em consideração propostas curriculares que incluíam atividades relacionadas às PICS e documentos de órgãos relacionados com as práticas que hoje compõem a PNPIC em Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos médicos de família e comunidade, que deveriam possuir, como critério para a inclusão na pesquisa, o fato de exercerem a função de preceptoria em programas de residência em MFC. Além

desse critério, todos também necessitavam possuir formação em alguma prática integrativa e complementar de saúde. Esse universo amostral gerou um grupo de 11 médicos de família e comunidade que formaram o grupo de especialistas responsáveis por analisar e validar a matriz de competências em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC.

4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados coletados envolveram levantamentos bibliográficos e documentais além da utilização do Delphi Modificado.

4.4.1 Levantamento bibliográfico

Foi realizada uma pesquisa nas plataformas virtuais BIREME, SciELO, MEDLINE via PubMed, tendo o último acesso ocorrido em março de 2018. Os idiomas escolhidos foram inglês, português e espanhol. A pesquisa utilizou duas composições de descritores associados ao operador *booleano "and"* para combinar e selecionar os artigos do acervo: *COMPETENCY-BASED EDUCATION "AND" COMPLEMENTARY THERAPIES* e *FAMILY PRACTICE "AND" COMPLEMENTARY THERAPIES "AND" CLINICAL COMPETENCE*.

Com esses termos, foram encontrados 57 artigos. Entre esses, foram selecionados os estudos que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: trabalho publicado no período de 1997 a 2015 e estudo que apresentasse competências almejadas em programas formativos envolvidos com PICS.

Foram excluídos do estudo capítulos de livro, teses, dissertações e artigos que não estivessem disponibilizados gratuitamente para acesso.

Com base nesses critérios, foram elencados 23 artigos. Observou-se que dois artigos se tratavam de um mesmo estudo, diferenciando-se apenas na abordagem sobre o conteúdo das competências. Assim, este estudo tomou por base apenas 22 artigos para a construção da matriz inicial a ser avaliada.

4.4.2 Levantamento documental

Outra fonte de pesquisa para a organização do acervo partiu de levantamentos documentais de propostas curriculares de formações que estivessem relacionadas às PICS.

Foi encontrada a ementa da Residência Multiprofissional de PICS, RMPICS, da prefeitura da cidade de São Paulo, homologada por meio da portaria MS 379, de 24 de dezembro de 2015. Este documento serviu como apoio para a construção do questionário inicial ofertado aos participantes do estudo (SÃO PAULO, 2016).

Outro documento utilizado como base inicial e que foi avaliado pelos especialistas foi a Política Nacional de PICS, de 2017 (BRASIL, 2017).

4.4.3 Delphi Modificado

Antes de aplicado, o instrumento construído passou por um processo de validação semântica realizado por três especialistas que atuavam na MFC e que tinham alguma experiência com as PICS.

Realizada a validação inicial, o instrumento, contendo então 61 competências centrais, foi ofertado aos participantes da pesquisa, utilizando-se a TDM para alcançar o consenso com relação às competências relevantes em PICS a serem desenvolvidas em um terceiro ano opcional de residência em MFC.

Essa técnica difere-se da técnica Delphi clássica pelo fato de conter também perguntas fechadas em vez de exclusivamente abertas. Esse tipo de modelo pode ser usado quando já existem informações na literatura relacionadas com a temática a ser abordada (GOUVEIA *et al.* 2016). Outro fator que facilita seu uso é que ele permite a inclusão anônima de vários indivíduos à pesquisa e evita o domínio de uma opinião sobre as outras (MESHKAT *et al.* 2014).

Nesse sentido, as competências mapeadas pela análise bibliográfica e pelo levantamento documental foram organizadas em um questionário estruturado tipo escala *Likert*, contendo cinco gradações de importância como opções de escolha. Foram alocadas de forma crescente as seguintes alternativas: DISCORDO FORTEMENTE (1); DISCORDO (2); INDIFERENTE (3); CONCORDO (4); CONCORDO FORTEMENTE (5).

A escala tem as opções 1 e 2 representando que a competência “não deveria ser incluída”, e as alternativas 4 e 5 indicando que a competência avaliada seria

“importante” para o currículo. O número 3 representava uma escala de importância intermediária no processo avaliativo.

O questionário foi disponibilizado aos participantes da pesquisa utilizando o *software Google Forms*®, que permitiu seu preenchimento de forma virtual. A avaliação ficou acessível *on-line* por 30 dias. Os participantes que aceitaram ser incluídos no estudo eram lembrados do preenchimento via *e-mail* e/ou telefone.

Foram planejadas e executadas duas rodadas Delphi. A primeira serviu para apresentar as competências a serem avaliadas e constou de dois espaços de preenchimento opcional. O primeiro destinado para comentários das escolhas e o outro, para sugestões de competências que o avaliador entendesse como necessárias para um currículo de PICS e que porventura não tivessem sido contempladas na revisão de literatura.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Tal análise envolveu aspectos tanto qualitativos quanto quantitativos no processo de pesquisa e de aplicação do estudo.

4.5.1 Análise qualitativa, bibliográfica e documental

Os artigos foram inicialmente selecionados a partir da leitura do título e do resumo que apresentavam as ideias centrais trabalhadas nas respectivas pesquisas.

Após esse primeiro momento, uma compreensão mais global dos estudos foi realizada, visando à caracterização dos mesmos quanto a ano de publicação, método utilizado, país de realização da pesquisa, periódico publicado e formação do primeiro autor.

Em seguida, foram realizadas abordagens mais aprofundadas nos estudos, captando, dos mesmos, as competências que serviriam de base para a construção do questionário a ser ofertado aos participantes da pesquisa.

Os documentos selecionados foram analisados objetivando-se a percepção de características referentes a competências almejadas para o profissional que utiliza as PICS em sua sistemática de atendimento. As competências mapeadas também compuseram o questionário inicial avaliado pelos painelistas.

4.5.2 Análise quantitativa

Os dados quantitativos obtidos com o Delphi Modificado foram analisados por meio de estatística descritiva, por meio do *Microsoft Office Excel®* e *Google Forms®*. Foi excluída da matriz de competências a maioria simples das analisadas dentro das alternativas 1 ou 2. Além disso, foi considerada consenso para a inclusão de uma competência ao currículo a maioria simples daquelas avaliadas dentro das opções 4 ou 5.

Para a segunda rodada, por meio de questões dicotômicas “sim” para permanência e “não” para exclusão (PESSOA, 2015), foram submetidas, para a avaliação dos painelistas, as oito competências sugeridas durante o período da primeira rodada.

Ressalta-se que todas as competências disponibilizadas na primeira rodada atingiram consenso, não tendo sido necessário serem recolocadas para reavaliação dos especialistas no segundo ciclo avaliativo.

Foi incluída, na matriz, após a segunda rodada, a maioria simples das analisadas como “sim” e excluída da mesma a maioria simples das avaliadas como “não”.

A junção das competências advindas dos consensos entre os especialistas após as duas rodadas compôs a proposta final da matriz de competências, conforme a figura 1 no tópico a seguir.

Faz-se necessário ressaltar que, para se potencializar este percurso metodológico, de uma maneira crítica e com olhares de autonomia, considerou-se importante definir o modelo epistemológico de competência a ser adotado. Nesse sentido, pretende-se convergir para um currículo de competências de matriz crítico-emancipatória (DELUIZ, 2001).

Essa matriz toma por base um modelo dialético que busca uma proposta educacional ampla na qual o conceito de competência seja balizado por parâmetros socioculturais e históricos, que olhem para o mundo do trabalho a partir dos trabalhadores, dialogando com os saberes já formalizados com aqueles advindos das experiências de vida, articulando, dessa forma, as dimensões profissional e social da construção do conhecimento (REZENDE; SEGRE; CAMPOS, 2004).

Além disso, destaca-se que, na elaboração de currículos orientados por competências, algumas etapas costumam ser seguidas. Esse caminho inicia-se com

a elaboração de uma matriz de competências e, posteriormente, envolve a determinação dos componentes pormenorizados dessa matriz, a definição dos níveis de desempenho a serem alcançados e, finalmente, a avaliação dos resultados e dos processos pedagógicos envolvidos nesse processo formativo (SANTOS, 2010). Este estudo objetiva elaborar a primeira etapa desse currículo.

Por fim, concordando com o que afirmou Santos (2010), defende-se que a construção de tal matriz não objetiva esgotar todos os meandros promotores de um exercício profissional competente, visando, no entanto, a apresentar um conjunto de valores, entendimentos e comportamentos que possa contribuir para a boa prática de atenção à saúde.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida conforme as normas preconizadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS nº 466/12, que disciplina a pesquisa com seres humanos, com nº de parecer 2.926.335 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

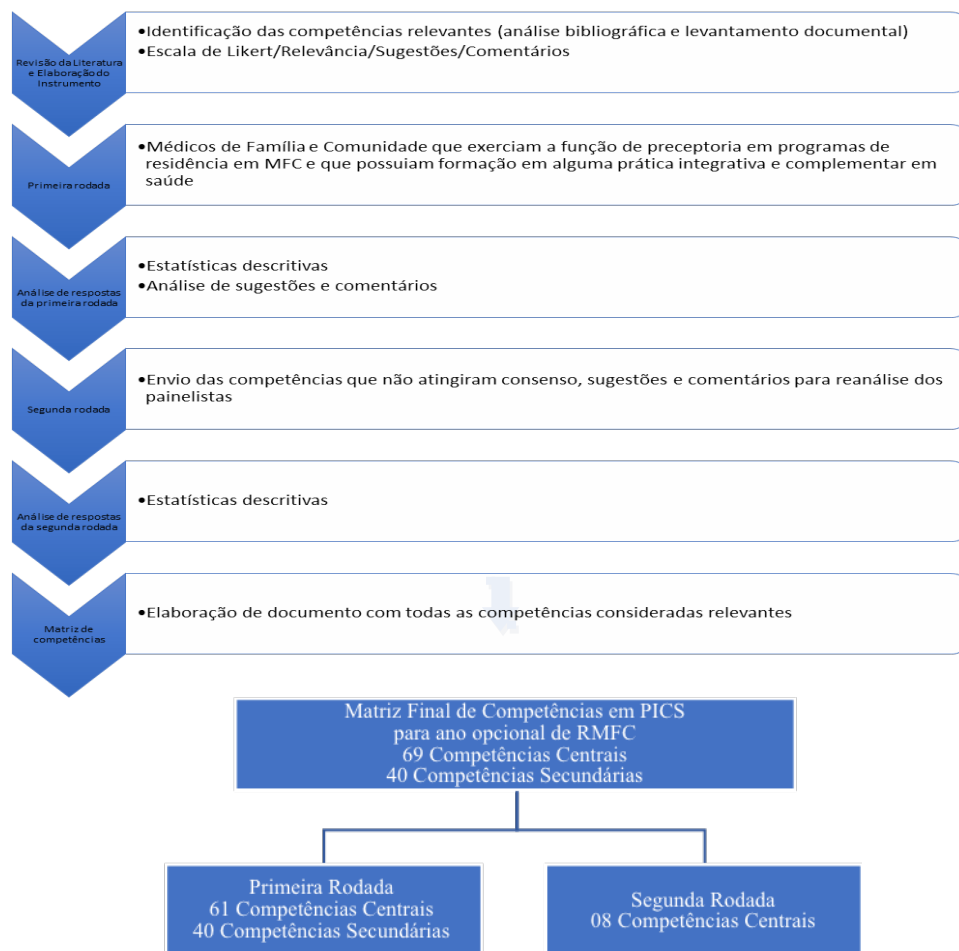
Assim como todos os estudos que envolvem seres humanos, este trabalho poderia acarretar riscos aos sujeitos envolvidos, ainda que mínimos, como o constrangimento do panelista em participar do estudo, por exemplo. As condutas adotadas durante toda a pesquisa foram no intuito de minimizar quaisquer danos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos sujeitos envolvidos, tendo em vista que os conhecimentos gerados a partir do estudo possam beneficiar essas mesmas pessoas.

Antes de participar da pesquisa, os integrantes do grupo de trabalho receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, se aceito, permitiria o ingresso no estudo. Nesse momento, também foram descritos os riscos inerentes à participação na pesquisa, inclusive, ressaltando-se a possibilidade de cancelamento da participação a qualquer momento, garantindo-se o sigilo absoluto de suas identidades. O termo informou, de maneira sintética, o tema, a justificativa, os objetivos, os riscos, os responsáveis e seus contatos (telefone e *e-mail*), o período do trabalho e a técnica de coleta de dados para a pesquisa.

Como benefício individual dos participantes, ressalta-se que a própria participação contribuiu com a aprendizagem pessoal e do grupo de trabalho por possibilitar trocas de experiências sobre as PICS.

O risco para o participante foi mínimo por tratar-se de um estudo com a possibilidade diminuta de gerar constrangimento por meio do preenchimento dos questionários.

Figura 1 - Fluxograma da aplicação do método de pesquisa para a elaboração de uma Matriz de Competências em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde a serem desenvolvidas em um terceiro ano opcional de residência em MFC.



Fonte: O Autor, 2019.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os princípios que a MFC imprime no contexto da APS, este estudo elaborou e validou uma matriz de competências em PICS para um programa de terceiro ano opcional de residência de MFC, visando a uma formação complementar mais preparada para atender, de forma integral, às necessidades das populações acompanhadas.

Conforme Pareja (2003), para se considerar o resultado após o uso da TDM, método utilizado para a pesquisa, esta deve obter uma taxa de aderência de resposta de, no mínimo, 65%. Ambas as rodadas do estudo em questão obtiveram 100% de adesão, o que reflete a motivação e o comprometimento dos profissionais participantes da pesquisa.

Outra característica a ser ressaltada repousa no fato de ter se optado pela TDM, substituindo-se as perguntas abertas pela aplicação de um questionário estruturado construído após a revisão da literatura com o objetivo de se garantir a inclusão de temas importantes que poderiam ser omitidos pelos especialistas, além de aumentar a probabilidade de se atingir o consenso de maneira mais eficiente (MESHKAT *et al.*, 2014).

A revisão da literatura resultou em 57 artigos e documentos relacionados ao tema dos quais 22 apontavam competências em formações relacionadas com práticas integrativas e complementares (Quadro 1). Esses arquivos serviram de base para a construção do questionário utilizado na primeira rodada do estudo.

Os documentos analisados demonstram algumas características. A maioria dos estudos era do tipo *survey*, o que indica a constante necessidade de pesquisa e de construção de informações baseadas na experiência de outras pessoas. O campo das PICS parece estar ligado à característica de se retroalimentar dos saberes de quem as pratica.

No entanto, nenhum dos estudos desse formato era de origem brasileira. Todas as pesquisas aconteceram fora do país e demonstram um amplo campo de pesquisa internacional no que se refere à Medicina Integrativa (MI).

Quadro 1. Caracterização dos documentos analisados segundo autor/ano, local da realização, revista publicada, formação do primeiro autor e tipo de publicação.

(Continua)

Autor/ Ano	Referência	Revista	Local	Formação do Primeiro Autor	Tipo de Produção
Maragh <i>et al.</i> 1997	<i>Introducing complementary medicine into the medical curriculum.</i>	<i>Journal of Royal Society of Medicine</i>	Inglaterra	Medicina	<i>Survey</i>
Kligler <i>et al.</i> 2000	<i>Suggested Curriculum Guidelines on Complementary and Alternative Medicine: Recommendations of the Society of Teachers of Family Medicine Group on Alternative Medicine.</i>	<i>Family Medicine</i>	EUA	Medicina	<i>Survey</i>
Baugniet; Boon; Ostbye. 2000	<i>Complementary/ Alternative Medicine: Comparing the Views of Medical Students With Students in Other Health Care Professions.</i>	<i>Family Medicine</i>	EUA	Medicina	Transversal
Steyer. 2001	<i>Complementary and Alternative Medicine: A Primer.</i>	<i>Family Practice Management</i>	EUA	Medicina	Ensaio
Tsuruoka; Tsuruoka; Kajii. 2001	<i>Complementary medicine education in Japanese medical schools: a survey</i>	<i>Complementary Therapies in Medicine</i>	Japão	Medicina	<i>Survey</i>
Frenk; Ben-Arye; Hermoni. 2004	<i>An approach to educating family practice residents and Family physicians about complementary and alternative medicine.</i>	<i>Complementary Therapies in Medicine</i>	EUA	Medicina	Ensaio
Maizes <i>et al.</i> 2006	<i>The Integrative Family Medicine Program: An Innovation in Residency Education.</i>	<i>Academic Medicine</i>	EUA	Medicina	Ensaio
Ben-Arye; Frenke; Hermoni. 2006	<i>An Approach to Teaching Primary Care Physicians How to Integrate Complementary Medicine into Their Daily Practices: A Pilot Study.</i>	<i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i>	Israel	Medicina	Estudo piloto
Wahner-Roedler <i>et al.</i> 2006	<i>Physicians' Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine and Their Knowledge of Specific Therapies: A Survey at an Academic Medical Center.</i>	<i>The Journal and Oxford University Press</i>	EUA	Medicina	<i>Survey</i>
Cook <i>et al.</i> 2007	<i>A Web-Based Course on Complementary Medicine for Medical Students and Residents Improves Knowledge and Changes Attitudes.</i>	<i>Teaching and Learning in Medicine</i>	EUA	Medicina	Estudo controlado

Quadro 1. Caracterização dos documentos analisados segundo autor/ano, local da realização, revista publicada, formação do primeiro autor e tipo de publicação.

(Continuação)

Autor/ Ano	Referência	Revista	Local	Formação do Primeiro Autor	Tipo de Produção
Kligler <i>et al.</i> 2007	<i>Competency-based evaluation tools for integrative medicine training in family medicine residency: a pilot study.</i>	<i>BMC Medical Education</i>	EUA	Medicina	Ensaio
Prajapati <i>et al.</i> 2007	<i>Curriculum Planning: A Needs Assessment for Complementary and Alternative Medicine Education in Residency.</i>	<i>Family Medicine</i>	EUA	Medicina	Transversal
Benn <i>et al.</i> 2009	<i>Integrative Medicine in Residency: Assessing Curricular Needs in Eight Programs.</i>	<i>Family Medicine</i>	EUA	Medicina	Survey
Kligler <i>et al.</i> 2009	<i>Measuring the "Whole System" Outcomes of an Educational Innovation: Experience from the Integrative Family Medicine Program.</i>	<i>Family Medicine</i>	EUA	Medicina	Survey
Hirschhorn; Andersen; Bourgeault . 2009	<i>Canadian Family Physicians and Complementary/Alternative Medicine: The Role of Practice Setting, Medical Training, and Province of Practice.</i>	<i>Canadian Sociological Association</i>	Canadá	Medicina	Survey
Gardiner <i>et al.</i> 2013	<i>Family Medicine Residency Program Directors Attitudes and Knowledge of Family Medicine CAM Competencies.</i>	<i>Explore</i>	EUA	Medicina	Survey
Locke <i>et al.</i> 2013	<i>Recommended Integrative Medicine Competencies for Family Medicine Residents.</i>	<i>Explore</i>	EUA	Medicina	Survey
Ehrlich <i>et al.</i> 2013	<i>Integrative Medicine at Academic Health Centers: A Survey of Clinicians' Educational Backgrounds and Practices.</i>	<i>Family Medicine</i>	EUA	Enfermagem	Survey
Mims <i>et al.</i> 2014	<i>Do ABFM Board Pass Rates or Additional Curriculum Activities Affect Match Rates for Family Medicine Residency Programs?</i>	<i>Family Medicine</i>	EUA	Medicina	Revisão de Literatura
Lebensohn <i>et al.</i> 2014	<i>Increasing resident recruitment into Family medicine: effect of a unique curriculum in integrative medicine.</i>	<i>Explore</i>	EUA	Medicina	Survey

Quadro 1. Caracterização dos documentos analisados segundo autor/ano, local da realização, revista publicada, formação do primeiro autor e tipo de publicação.

(Conclusão)

Autor/ Ano	Referência	Revista	Local	Formação do Primeiro Autor	Tipo de Produção
Wainapel <i>et al.</i> 2015	<i>Integrating complementary/ alternative medicine into primary care: evaluating the evidence and appropriate implementation.</i>	<i>International Journal of General Medicine</i>	EUA	Medicina	Ensaio
Liu <i>et al.</i> 2015	<i>Longitudinal survey on integrative medicine education at a underserved health centre.</i>	<i>Education for Primary Care</i>	EUA	Medicina	Survey

Fonte: O Autor, 2019.

Nesse sentido, cabe delimitar o entendimento de MI a ser adotado por este estudo. Este entendimento de MI atualmente transita por um campo polissêmico de definição conceitual.

Trata-se de um produto evolutivo derivado dos conceitos de Medicina alternativa, compreendida como um saber dicotômico ao modelo biomédico por trazer uma proposta terapêutica de não fragmentação do cuidado, e da Medicina complementar, quando já se pensa na junção dos conhecimentos biomédicos e alternativos. Nessa esteira, percebe-se, no modelo integrativo, um molde que abarca, além do complementar, características de legitimação, legalização, eficácia, custo-efetividade e o apoio nas evidências, que garantam maior espaço de atuação política (OTANI; BARROS, 2011).

Assemelha-se a matriz proposta por esta pesquisa ao conceito de MI defendido por Caspi *et al.* (2013), levando em conta tal conjuntura que para ele:

O termo MI surgiu em resposta à necessidade de orientação da medicina mais para a cura do que para a doença. É aberta a novos paradigmas, não rejeita a medicina convencional e não aceita sem críticas a MAC. MI é um compreensivo sistema de medicina, não somente em técnicas, mas em fundação conceitual diferente da perspectiva da ciência clássica na saúde, como ausência de doença física. Coloca o paciente no centro da relação terapêutica, dá importância ao ponto de vista do paciente.

Outra característica percebida na revisão de literatura refere-se ao corpo de autores dos documentos. Nesse aspecto, ressalta-se a ementa da residência multiprofissional em PICS como o único documento selecionado que tinha o caráter multidisciplinar. Por se tratar de um documento nacional, esse resultado reforça a característica brasileira de se construir coletivamente o campo das PICS.

Apenas o estudo “*Integrative Medicine at Academic Health Centers: A Survey of Clinicians’ Educational Backgrounds and Practices*” tinha como autor principal um enfermeiro. Diferentemente do que se vê no contexto nacional, com sua tendência multidisciplinar, no campo internacional parece que a construção fica mais concentrada dentro da especialidade médica, tendo a preponderância de 91,3% nos estudos selecionados.

Percebe-se um domínio de publicações norte-americanas no que concerne à temática em questão. A maioria dos documentos demonstra características ainda pouco difundidas de escrita nos outros países, que perfazem, em conjunto, somente 21,7% dos documentos escolhidos.

O questionário produto da revisão de literatura e utilizado para a primeira rodada foi confeccionado com 61 competências centrais e 40 competências secundárias. Entende-se por competências secundárias aquelas que os estudos avaliados consideravam como desdobramentos advindos de alguma competência central mais ampla.

Ressalta-se ainda o modelo epistemológico de competência de matriz crítico-emancipatória adotado pelo trabalho (DELUIZ, 2001). As oito competências sugeridas pelos especialistas ao final da primeira rodada e avaliadas no segundo ciclo surgem a partir do mundo do trabalho dos sujeitos diretamente imbricados com a temática.

As competências, nesse sentido, ancoram-se em parâmetros socioculturais advindos das experiências de vida, do compartilhamento de saberes, na busca da história dos ancestrais e nos conhecimentos medicinais não ortodoxos e milenares. Procura, com isso, trazer uma proposta educacional ainda não contemplada no conhecimento já formalizado e que jamais teria voz em um modelo epistemológico mais restrito, que não reconhecesse, nas dimensões profissionais e sociais, elementos centrais para a construção do conhecimento.

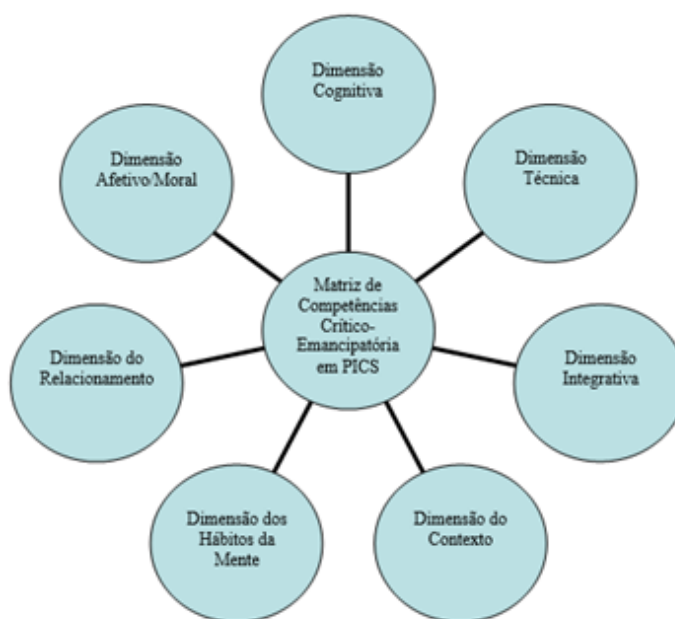
O questionário foi encaminhado para 11 médicos de família e comunidade com experiências na função de preceptoria em programas de residência em MFC e que também possuíam alguma formação em PICS.

As formações em PICS dos painelistas versavam entre acupuntura, uso de plantas medicinais, homeopatia, auriculoterapia, medicina ayurveda, terapia floral, yoga, bases da antroposofia em saúde e meditação.

Na primeira rodada Delphi, o consenso foi obtido nas 61 competências centrais e, dessas, 19,67% (n:12) foram avaliadas por 90% ou mais dos participantes dentro da escala 5 (concordo fortemente) após a primeira rodada. Tal avaliação refletiu as principais necessidades formativas e pode ser interpretada com um fundo político-científico dentro da formação essencial.

As informações foram organizadas em sete dimensões (Figura 2), conforme o aspecto multidimensional da competência profissional (cognitiva, técnica, integrativa, contextual, relacional, afetiva e hábitos da mente) proposto por Epstein e Hundert (2002).

Figura 2. Matriz de Competências e suas sete dimensões.



Fonte: O Autor, 2019.

A Dimensão Cognitiva relaciona-se com o desenvolvimento de conhecimentos que serão utilizados na rotina prática de atendimento, ou seja, com o raciocínio e a percepção do residente ao realizar a abordagem ao indivíduo, onde se espera que o mesmo compreenda e incorpore as informações obtidas durante seu processo de aprendizado sobre a integração da ciência biomédica e das PICS, visando a um melhor cuidado em saúde da pessoa.

Dentre as competências elencadas pelos painelistas nessa dimensão, tem-se que “Aplicar o conceito das RM no processo de cuidado com as PICS” e “Refletir sobre ciência a partir das racionalidades advindas das PICS”, entendidas como grau máximo de importância de serem trabalhadas por 81,8% deles. Esse resultado

reflete que o campo das PICS pode ter, nas RM, o encontro com novas perspectivas de abordagem contra-hegemônicas perante o sistema de saúde vigente, visto que essa forma de comparação de vários sistemas médicos complexos permite diversificadas imersões problematizadoras de processos relacionados ao ato de cuidar (LUZ; BARROS, 2012).

Outras competências desta Dimensão (Tabela 1) obtiveram grau maior de aceitação. Destaca-se “Fornecer explicação de possíveis benefícios e riscos, incluindo efeitos adversos/interações, quando apropriado”, “Incorporar abordagens baseadas em evidências que reconheçam as PICS como parte do plano de tratamento” e “Entender a epistemologia das PICS e sua relação com a lógica do saber biomédico”, dentro da escala 5 de importância por 90,9% dos painelistas.

Em uma outra vertente, as competências “Fornecer explicação de usos tradicionais quando apropriado” e “Possuir conhecimento médico estabelecido e envolvido pelas Ciências Biomédicas, Clínicas, Epidemiológicas e Sociais a serem aplicados no processo de cuidado da pessoa” receberam alguma porcentagem avaliativa abaixo da escala 3 para a inclusão na matriz.

Tabela 1 - Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Cognitiva após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

Competências	Principais											
	1		2		3		4		5		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Cognitiva												
1. Fornecer explicação de usos tradicionais quando apropriado.	1	9,1	0	0	0	0	5	45,5	5	45,5	0	0
2. Fornecer explicação de possíveis benefícios e riscos, incluindo efeitos adversos/interações quando apropriado.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
3. Incorporar abordagens baseadas em evidências que reconheçam as PICS como parte do plano de tratamento	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
4. Possuir conhecimento médico estabelecido e envolvido pelas Ciências Biomédicas, Clínicas, Epidemiológicas e Sociais a serem aplicados no processo de cuidado da pessoa.	0	0	3	27,3	0	0	3	27,3	5	45,5	0	0
5. Aplicar o conceito das RM no processo de cuidado com as PICS.	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0
6. Entender a Epistemologia das PICS e sua relação com a lógica do saber biomédico.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
7. Refletir sobre ciência a partir das racionalidades advindas das PICS.	0	0	0	0	1	9,1	1	9,1	9	81,8	0	0

Fonte: O Autor, 2019.

A dimensão Técnica traz o entendimento de competências que proporcionem, ao residente, conhecimentos da base científico-teórico das PICS, assim como o seu domínio prático, para que, com isso, consiga também explicar e orientar o usuário sobre indicação, escolha da técnica, efeitos colaterais, reações adversas, interações terapêuticas e estudos relacionados às PICS, possuindo, dessa forma, o conteúdo capaz de garantir a qualidade do serviço, compreensão do mesmo pelo indivíduo e aceitação no meio acadêmico.

Dessa forma, é consolidada a sua aplicação por meio do usuário que, ciente sobre o procedimento realizado e seus benefícios, se torna também um porta-voz das PICS. E, no meio acadêmico, é fortalecida a discussão sobre os resultados das PICS nos cenários médicos.

Dentre as competências que fazem parte desse universo, versa-se sobre “Saber como referenciar adequadamente os usuários a outros serviços de PICS”, “Ser capaz de discutir os antecedentes históricos e legais subjacentes ao uso atual das PICS no Brasil”, “Apropriar-se de fontes de referência respeitáveis para se obterem informações mais detalhadas sobre o uso das PICS”, “Desenvolver habilidades em tecnologias de intervenção próprias das PICS por meio do aprofundamento teórico e prático das diferentes modalidades nos serviços de saúde” e “Entender o conceito de RM como uma das questões norteadoras para o uso das PICS”, entendidas como nível 5 de importância por 81,8% dos especialistas, o que demonstra a necessidade técnica de saber organizar e se localizar nas redes de cuidado dos serviços de saúde.

Outras competências também se destacaram quanto à porcentagem de grau máximo de entendimento como necessárias, pois 72,7% dos pesquisadores avaliaram que “Ser capaz de descrever técnicas eficazes para demonstrar a história do uso das PICS e discuti-las com as pessoas acompanhadas no serviço”, “Reconhecer e antecipar os efeitos colaterais, reações adversas e interações terapêuticas para as PICS comumente utilizadas”, “Identificar as indicações para as quais a evidência apoia o uso das PICS e reconhecer as áreas em que faltam evidências”, “Entender as questões legais relativas a encaminhamento e colaboração com outros profissionais da rede”, “Problematizar as PICS a partir da ótica das políticas econômicas e dos impactos dos ajustes fiscais enfrentados pelo SUS” e “Ter formação pedagógica para o ensino das PICS em outros cenários de

atuação”, incluídas nesse grau de importância, merecem atenção na matriz de competências do R3.

Por outro lado, ainda compondo esta Dimensão (Tabela 2), “Fornecer provas de estudos científicos quando apropriado (ou seja, citações demonstrando uso de tecnologia da informação)” e “Saber os padrões de treinamento, licenciamento e credenciamento para profissionais de PICS” tiveram porcentagens menores de importância em escala 5 (18,2% e 63,6%, respectivamente) para a inclusão na matriz e merecerão desdobramentos reflexivos no decorrer da implantação do programa.

Tabela 2. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Técnica após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

(Continua)

Competências	Principais											
	1		2		3		4		5		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Técnica												
1. Saber como referenciar adequadamente os usuários a outros serviços de PICS.	0	0	1	9,1	0	0	1	9,1	9	81,8	0	0
2. Fornecer provas de estudos científicos quando apropriado (ou seja, citações demonstrando o uso de tecnologia da informação).	1	9,1	0	0	1	9,1	7	63,6	2	18,2	0	0
3. Ser capaz de discutir os antecedentes históricos e legais subjacentes ao uso atual das PICS no Brasil.	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0
4. Ser capaz de descrever técnicas eficazes para demonstrar a história do uso das PICS e discuti-las com as pessoas acompanhadas no serviço.	0	0	0	0	1	9,1	2	18,2	8	72,7	0	0
5. Reconhecer e antecipar os efeitos colaterais, reações adversas e interações terapêuticas para as PICS comumente utilizadas.	0	0	0	0	0	0	3	27,3	8	72,7	0	0
6. Identificar as indicações para as quais a evidência apoia o uso das PICS e reconhecer as áreas em que faltam evidências.	1	9,1	0	0	0	0	2	18,2	8	72,7	0	0
7. Entender as questões legais relativas a encaminhamento e colaboração com outros profissionais da rede.	0	0	0	0	0	0	3	27,3	8	72,7	0	0
8. Saber os padrões de treinamento, licenciamento e credenciamento para profissionais de PICS.	0	0	0	0	0	0	4	36,4	7	63,6	0	0
9. Se apropriar de fontes de referência respeitáveis para se obterem informações mais detalhadas sobre o uso das PICS.	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0

Tabela 2. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Técnica após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

Competências	(Conclusão)												
	Principais										Ignorado		
	1		2		3		4		5		N	%	
Dimensão Técnica													
10. Desenvolver habilidades em tecnologias de intervenção próprias das PICS por meio do aprofundamento teórico e prático das diferentes modalidades nos serviços de saúde.	0	0	0	0	1	9,1	1	9,1	9	81,8	0	0	
11. Entender o conceito de RM como uma das questões norteadoras para o uso das PICS.	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0	
12. Problematizar as PICS a partir da ótica das políticas econômicas e dos impactos dos ajustes fiscais enfrentados pelo SUS.	0	0	0	0	0	0	3	27,3	8	72,7	0	0	
13. Ter formação pedagógica para o ensino das PICS em outros cenários de atuação.	0	0	0	0	0	0	3	27,3	8	72,7	0	0	

Fonte: O Autor, 2019.

Já a dimensão Integrativa apresenta competências que favoreçam com que o residente consiga realizar, em cuidado compartilhado com a pessoa, planos terapêuticos individualizados que unam o olhar biopsicossocioespíritual e o raciocínio técnico-clínico, ou seja, diferente da Medicina puramente tecnológica e biomédica, a abordagem ideal e proposta na matriz não é fragmentada, ela integra e interage os conhecimentos obtidos pelo estudante, proporcionando a integralidade das ações médicas e abrangendo todo o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade.

Dentro do conjunto de competências deste grupo, nota-se que a “Capacidade de auxiliar a pessoa em como usar as PICS e terapias convencionais visando ao benefício máximo, ou seja, integrar o uso de opções convencionais e não convencionais na prática clínica”, “Compor e administrar planos de cuidado que envolvam coletivamente o uso das PICS” e “Aplicar o uso das PICS no manejo de casos relacionados com a saúde mental” foram entendidas como escala 5 de importância por mais de 90% dos painelistas, o que reforça o olhar ampliado que as PICS fornecem para o processo de cuidado.

Com uma porcentagem menor, mas também expressiva (81,8%) de entendimento, como grau máximo de importância, tem-se que “Avaliar evidências científicas e históricas tanto para abordagens alopáticas quanto para abordagens

com as PICS no segmento de doenças e síndromes específicas”, “Compor e administrar planos de tratamento integrativos individualizados”, e “Ter a capacidade de usar os dados disponíveis para ajudar os pacientes a escolher entre uma variedade de opções de PICS para uma determinada condição” também dão corpo importante à matriz (Tabela 3).

“Triar todas as pessoas para possível uso das PICS”, “Desenvolver a escuta acolhedora e o estabelecimento do vínculo terapêutico por meio da visão global do ser humano e dos processos de saúde e de adoecimento nas diferentes fases da vida” e “Atuar de forma integrada com as demais áreas do conhecimento em saúde e com outros setores de ação social, promovendo a saúde e prevenindo a doença” foram competências que geraram, mesmo que na minoria do conjunto de painelistas, opiniões contrárias quanto à inclusão na matriz.

Tabela 3. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Integrativa após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

(Continua)

Competências	Principais										Ignorado	
	1		2		3		4		5		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Dimensão Integrativa												
1. Avaliar evidências científicas e históricas tanto para abordagens alopáticas quanto para abordagens com as PICS no segmento de doenças e síndromes específicas.	1	9,1	0	0	0	0	1	9,1	9	81,8	0	0
2. Compor e administrar planos de tratamento integrativos individualizados.	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0
3. Compor e administrar planos de cuidado que envolvam coletivamente o uso das PICS.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
4. Triar todas as pessoas para possível uso das PICS.	0	0	1	9,1	2	18,0	2	18,2	6	54,5	0	0
5. Ter a capacidade de auxiliar a pessoa em como usar as PICS e terapias convencionais visando ao benefício máximo, ou seja, integrar o uso de opções convencionais e não convencionais na prática clínica.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
6. Ter a capacidade de usar os dados disponíveis para ajudar os pacientes a escolher entre uma variedade de opções de PICS para uma determinada condição.	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0

Tabela 3. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Integrativa após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

Competências	(Conclusão)											
	Principais											
	1		2		3		4		5		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Integrativa												
7. Desenvolver a escuta acolhedora e o estabelecimento do vínculo terapêutico por meio da visão global do ser humano e dos processos de saúde e de adoecimento nas diferentes fases da vida.	0	0	3	27,0	0	0	2	18,2	6	54,5	0	0
8. Atuar de forma integrada com as demais áreas do conhecimento em saúde e com outros setores de ação social, promovendo a saúde e prevenindo a doença.	0	0	3	27,0	0	0	1	9,1	7	63,3	0	0
9. Aplicar o uso das PICS no manejo de casos relacionados com a saúde mental.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0

Fonte: O Autor, 2019.

Para a Dimensão Contexto, apresentam-se competências que visam a refletir que é desejado que o residente consiga adotar estratégias que interajam com o contexto do indivíduo em acompanhamento dialogando com objetivos de promoção de saúde de seu cuidado,

Esse processo levará em consideração o conhecimento do território e a sua comunidade, para que ela seja diagnosticada de acordo com sua necessidade, promovendo a aproximação da equipe de saúde com seus planos terapêuticos dos indivíduos pertencentes a esse ambiente.

É importante incluir, nesse processo, o estudo antropológico, a relação com fatores adoecedores à saúde do indivíduo e seu meio ambiente, que são também fatores situacionais do indivíduo, da mesma maneira que os caminhos para alcançar as pessoas do território em questão, a educação popular e redes de apoio.

“Articular as PICS com outras práticas de saúde do território”, competência entendida como escala 5 por 100% dos painelistas, é um importante exemplo a ser ressaltado nesta dimensão e cria uma aproximação fortalecedora dos saberes de uma competência cultural já prevista da MFC com características do campo das PICS.

Nesta dimensão, as competências “Compreender uma base de evidências para as relações entre a doença e os seguintes fatores: emoção, estresse, nutrição, atividade física, apoio social, espiritualidade, sono e ambiente” e “Promover a

articulação com as Redes de Atenção à Saúde e com as políticas, programas e projetos nos diferentes níveis de abrangência” foram as que menos pontuaram em escala 5, alcançando pouco mais de 50% das opiniões. Essa porcentagem foi aumentando gradativamente em outras competências, tendo “Conectar a lógica do território e do meio ambiente como campos de entendimentos das PICS” e “Entender a relação das PICS com a Educação Popular em Saúde”, com 63,6% e 81,8%, respectivamente, de preferência na escala máxima para a inclusão (Tabela 4).

Tabela 4. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Contexto após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

Competências	Principais											
	1		2		3		4		5		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Contexto												
1. Compreender uma base de evidências para as relações entre a doença e os seguintes fatores: emoção, estresse, nutrição, atividade física, apoio social, espiritualidade, sono e ambiente.	0	0	2	18,0	0	0	3	27,3	6	54,5	0	0
2. Articular as PICS com outras práticas de saúde do território.	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100	0	0
3. Promover a articulação com as Redes de Atenção à Saúde e com as políticas, programas e projetos nos diferentes níveis de abrangência.	0	0	2	18,0	0	0	3	27,3	6	54,5	0	0
4. Entender a relação das PICS com a Educação Popular em Saúde.	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0
5. Conectar a lógica do território e do meio ambiente como campos de entendimentos das PICS.	0	0	0	0	1	9,1	3	27,3	7	63,6	0	0

Fonte: O Autor, 2019.

O residente deverá demonstrar o uso das habilidades de comunicação, que irão fortalecer o vínculo médico-pessoa, importante ao processo de cuidado. Na dimensão Relacionamento (Tabela 5), é observado se o mesmo faz uso da abordagem centrada na pessoa, se compartilha o cuidado com paciente e demais integrantes da equipe, se possui conhecimento das PICS em uso, além de sua conexão não verbal filosófica com o indivíduo, se apresenta uma escuta ativa e qualificada sobre o adoecimento da pessoa e se acolhe o desejo ou não satisfação da mesma com a prática integrativa ofertada.

Tem em “Investigar o uso das PICS pelas pessoas, sem julgamentos” a elaboração de práticas construtivas e colaborativas com os outros membros da equipe de saúde, entendida como necessária em grau 5 por 81,8% dos entrevistados, um exemplo de competência que contempla tal dimensão.

Outras competências, tais como “Elaboração de práticas construtivas e colaborativas com os outros membros da equipe de saúde” e “Entender sobre a história e os conhecimentos culturais de cada prática estudada, sua filosofia e seu impacto no relacionamento pessoa-médico”, têm porcentagens menores de escala 5 (63,6% e 72,7%), porém, que não inviabilizam suas inclusões no currículo proposto.

Tabela 5. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Relacionamento após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

Competências	Principais										Ignorado	
	1		2		3		4		5			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Relacionamento												
1. Construir práticas construtivas e colaborativas com os outros membros da equipe de saúde.	1	9,1	1	9,1	0	0	2	18,2	7	63,6	0	0
2. Entender sobre a história e os conhecimentos culturais de cada prática estudada, sua filosofia e seu impacto no relacionamento pessoa-médico.	0	0	0	0	0	0	3	27,3	8	72,7	0	0
3. Investigar o uso das PICS pelas pessoas, sem julgamentos.	0	0	0	0	1	9,1	1	9,1	9	81,8	0	0

Fonte: O Autor, 2019.

É particularmente importante que, durante a especialização em MFC, o residente, baseado nos princípios da MFC, acabe por desenvolver ou amadurecer sentimentos compatíveis ao cuidado humanitário e comunitário, que contribuirão para a atenção em saúde do indivíduo. Princípios esses que continuarão a ser explorados no R3 por meio do suporte das PICS. A Dimensão Afetivo-Moral versa sobre competências relacionadas com essa dinâmica.

Os atributos pessoais e comportamentais do estudante irão influenciar diretamente suas decisões médicas, portanto, processos de gestão de recursos, fortalecimento das PICS na APS e entendimentos de seu caráter multidisciplinar e organizacional são almejados.

Esta dimensão traz, nas competências de “Buscar o fortalecimento da atenção em PICS no SUS”, “Procurar e colaborar com profissionais de terapias

complementares para garantir o acesso às PICS de qualidade”, “Impactar positivamente a sua organização e/ou ambiente (local, regional e/ou nacional) em relação às PICS”, “Contribuir para o desenvolvimento das PICS em caráter multidisciplinar” e “Aplicar os conhecimentos das PICS no processo de despatologização da vida”, entendidas como escala 5 por mais de 90% dos painelistas, exemplos importantes da atuação do residente em ambientes mais amplos, não tendo sua atuação restrita ao consultório médico (Tabela 6).

Outras competências tornaram-se mais robustas após a soma das avaliações das escalas 4 e 5 para a inclusão na matriz. Foram os casos de “Entender o processo de compaixão envolvido no ato de cuidar” (81,8%), “Possuir conscientização e capacidade de resposta para chamar, com eficiência, recursos que forneçam cuidados de saúde otimizados” (63,7%) e “Contribuir com o desenvolvimento de estratégias de manutenção e recuperação da qualidade de vida e da saúde individual e coletiva” (81,8%).

Tabela 6. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Afetiva/Moral após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

(Continua)

Competências	Principais											
	1		2		3		4		5		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Afetiva/Moral												
1. Entender o processo de compaixão envolvido no ato de cuidar.	1	9,1	0	0	1	9,1	2	18,2	7	63,6	0	0
2. Impactar positivamente a sua organização e/ou ambiente (local, regional e/ou nacional) em relação às PICS.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
3. Possuir conscientização e capacidade de resposta para chamar, com eficiência, recursos que forneçam cuidados de saúde otimizados.	0	0	2	18,0	2	18,0	2	18,2	5	45,5	0	0
4. Procurar e colaborar com profissionais de terapias complementares para garantir o acesso às PICS de qualidade.	0	0	1	9,1	0	0	0	0	10	90,9	0	0
5. Buscar o fortalecimento da atenção em PICS no SUS.	0	0	1	9,1	0	0	0	0	10	90,9	0	0
6. Contribuir para o desenvolvimento das PICS em caráter multidisciplinar.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0
7. Contribuir com o desenvolvimento de estratégias de manutenção e recuperação da qualidade de vida e da saúde individual e coletiva.	0	0	2	18,0	0	0	3	27,3	6	54,5	0	0

Tabela 6. Análise do consenso sobre a relevância das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Afetiva/Moral após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

Competências	Principais										(Conclusão)	
	1		2		3		4		5		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Afetiva/Moral												
8. Aplicar os conhecimentos das PICS no processo de despatologização da vida.	0	0	0	0	0	0	1	9,1	10	90,9	0	0

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Entende-se que a dimensão Hábitos da Mente da matriz avalia a busca de aprimoramento do residente a partir do conhecimento de si próprio, de seu autocuidado, do uso consciente das PICS em sua vida e na atenção dos indivíduos, considerando que o estudante respeita as potencialidades das terapias convencionais e complementares, compreenda os fatores influenciadores do uso ou não das PICS pelos indivíduos e os profissionais de saúde e que reconheça a importância do embasamento científico e do rastreamento para o uso das PICS.

Como exemplo desta dimensão, citam-se as competências “Compreender que as atitudes dos médicos em relação ao seu próprio autocuidado, autoconsciência e crescimento pessoal desempenham um papel crítico na promoção do processo de mudança na vida das pessoas acompanhadas pelo serviço”, “Reconhecer a importância do rastreio para o uso de PICS e discutir isso com as pessoas acompanhadas”, “Compreender e respeitar as influências culturais/étnicas sobre crenças de saúde e escolhas de cuidados de saúde” e “Atuar criticamente nos distintos campos da APS” como componentes fundamentais entendidos por 72,7% dos especialistas. Esse resultado reflete a necessidade constante de autorreflexão dos profissionais que atuam com as PICS.

Com uma porcentagem ainda maior (81,8%) dentro da escala 5, ressaltam-se as competências “Respeitar o potencial de certas terapias complementares de forma igual ou talvez maior do que se comparada a terapias convencionais (em abordagens para o tratamento de certas condições)” e “Compreender o papel que as próprias convicções fundamentais dos médicos e os fundamentos culturais, étnicos ou religiosos pode desempenhar na sua escolha de recomendações sobre seus tratamentos”.

Nessa dimensão (Tabela 7), apenas a competência “Reconhecer que os médicos precisam de conhecimento advindo das PICS a fim de aconselhar e cuidar

adequadamente das pessoas” obteve 27,3% das avaliações como escala 4 de preferência para a inclusão na matriz.

Tabela 7. Análise do consenso sobre a relevâncias das competências primárias necessárias para um currículo de R3 de MFC com ênfase em PICS na dimensão Hábitos da Mente após a primeira rodada, Recife (PE), Brasil, 2019.

Principais Competências	1		2		3		4		5		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensão Hábitos da Mente												
1. Reconhecer que os médicos precisam de conhecimento advindo das PICS a fim de aconselhar e cuidar adequadamente das pessoas.	0	0	0	0	1	9,1	3	27,3	7	63,6	0	0
2. Reconhecer a importância do rastreio para o uso de PICS e discutir isso com as pessoas acompanhadas.	0	0	0	0	1	9,1	2	18,2	8	72,7	0	0
3. Compreender e respeitar as influências culturais/étnicas sobre crenças de saúde e escolhas de cuidados de saúde.	0	0	2	18,0	0	0	1	9,1	8	72,7	0	0
4. Respeitar o potencial de certas terapias complementares de forma igual ou talvez maior do que se comparada a terapias convencionais (em abordagens para o tratamento de certas condições).	0	0	0	0	0	0	2	18,2	9	81,8	0	0
5. Compreender que as atitudes dos médicos em relação ao seu próprio autocuidado, autoconsciência e crescimento pessoal desempenham um papel crítico na promoção do processo de mudança na vida das pessoas acompanhadas pelo serviço.	0	0	1	9,1	0	0	2	18,2	8	72,7	0	0
6. Compreender o papel que as próprias convicções fundamentais dos médicos e os fundamentos culturais, étnicos ou religiosos podem desempenhar na sua escolha de recomendações sobre seus tratamentos.	0	0	1	9,1	0	0	1	9,1	9	81,8	0	0
7. Atuar criticamente nos distintos campos da APS.	0	0	2	18,0	0	0	1	9,1	8	72,7	0	0

Fonte: O Autor, 2019.

Retorna-se, pensando nas dimensões da matriz de maneira global, ao fato de algumas competências centrais da primeira rodada terem sido avaliadas em escala 5 por mais de 90% dos painelistas (Quadro 2). Esse desdobramento é considerado relevante e merece algumas reflexões mais aprofundadas.

Quadro 2. Competências centrais da rodada 1 avaliadas em escala 5 por mais de 90% dos painelistas.

Competências centrais	▪ Fornecer explicação de possíveis benefícios e riscos, incluindo efeitos adversos / interações quando apropriado
	▪ Incorporar abordagens baseadas em evidências que reconheçam as PICS como parte do plano de tratamento.
	▪ Compor e administrar planos de cuidado que envolvam coletivamente o uso das PICS.
	▪ Impactar positivamente a sua organização e/ou ambiente (local, regional e/ou nacional) em relação às PICS.
	▪ Procurar e colaborar com profissionais de terapias complementares para garantir o acesso às PICS de qualidade.
	▪ Ter a capacidade de auxiliar a pessoa em como usar as PICS e terapias convencionais visando ao benefício máximo, ou seja, integrar o uso de opções convencionais e não convencionais na prática clínica.
	▪ Articular as PICS com outras práticas de saúde do território.
	▪ Buscar o fortalecimento da atenção em PICS no SUS.
	▪ Contribuir para o desenvolvimento das PICS em caráter multidisciplinar.
	▪ Entender a epistemologia das PICS e sua relação com a lógica do saber biomédico.
	▪ Aplicar o uso das PICS no manejo de casos relacionados com a saúde mental.
	▪ Aplicar os conhecimentos das PICS no processo de despatologização da vida.

Fonte: O Autor, 2019.

Sobre as competências “Compor e administrar planos de cuidado que envolvam coletivamente o uso das PICS”, “Impactar positivamente a sua organização e/ou ambiente (local, regional e/ou nacional) em relação às PICS”, “Procurar e colaborar com profissionais de terapias complementares para garantir o acesso às PICS de qualidade”, “Articular as PICS com outras práticas de saúde do território”, “Buscar o fortalecimento da Atenção em PICS no SUS”, e “Contribuir para o desenvolvimento das PICS em caráter multidisciplinar”, percebe-se uma linha de reflexão que apresenta, pela ótica das PICS, práticas políticas e sociais comuns ao médico de família e comunidade capazes de problematizar, aglutinar e ocupar os serviços de saúde.

Nota-se, com isso, o entendimento de que a atividade da MFC não deve estar restrita ao consultório, relacionando eles não só com a gestão, em suas variadas dimensões, mas também com o território de saúde que, em nenhuma hipótese, pode ser deslegitimado nesse processo de convivência com as PICS.

Andrade *et al.* (2018), em estudo intitulado “A formação discursiva da MFC no Brasil”, apresentaram um panorama que demonstra o espaço da MFC como campo em disputa constante, coexistindo preponderantemente duas formas de se olhar para a especialidade. De um lado, existem correntes que entendem a característica

comunitária do MFC como meramente epidemiológica, sendo restrita a uma análise de território vinculada à atuação clínica.

Por outro lado, coabitam entendimentos que avaliam o aspecto comunitário em uma visão mais ampliada na qual o médico de família e comunidade utiliza instrumentos e habilidades com olhares sistêmicos em sua atividade, incluindo aspectos gerenciais, clínicos e integrativos, ou seja, considera o território em todas as suas potencialidades.

Demonstra-se, pelas PICS, seguindo esta vertente, que, além da abordagem clínica e integral já em uso, deseja também participar dos espaços de decisões dentro da gestão e políticas públicas de saúde, com o objetivo de fortalecer a representatividade da PNPICS, gerando, dessa forma, maior penetrância e consolidação de suas práticas nos serviços da rede.

No outro grupo de competências entendidas como escala 5 por mais de 90% dos painelistas, “Fornecer explicação de possíveis benefícios e riscos, incluindo efeitos adversos/interações quando apropriado”, “Incorporar abordagens baseadas em evidências que reconheçam as PICS como parte do plano de tratamento”, “Ter a capacidade de auxiliar a pessoa em como usar as PICS e terapias convencionais visando ao benefício máximo, ou seja, integrar o uso de opções convencionais e não convencionais na prática clínica”, “Entender a epistemologia das PICS e sua relação com a lógica do saber biomédico”, “Aplicar o uso das PICS no manejo de casos relacionados com a saúde mental” e “Aplicar os conhecimentos das PICS no processo de despatologização da vida”, nota-se a presença de olhares que buscam refletir sobre questões paradigmáticas que envolvem o processo de cuidado.

O paradigma científico reducionista, que hoje permeia os serviços de saúde, apesar de ter contribuído para uma evolução tecnológica sem precedentes e que em muitos momentos fornece suporte para o acompanhamento de usuários, carece de uma abordagem holística favorecedora de um desenvolvimento mais harmônico do ser humano (ABREU, 2018).

Há entendimentos que apontam esse olhar restrito que ainda abarcam grande parte dos serviços como consequência direta do paradigma mecânico-cartesiano configurado por uma física newtoniana clássica. Parece que a Medicina poderia ser justificada apenas por essa vertente de pensamento, que, por ser incompleto, leva a uma crise multidimensional que afeta todos os aspectos da vida.

Situações como iatrogenias clínicas causadas pelo excesso de intervenções e patologizações (TESSER, 2012), adoecimentos advindos das relações de trabalho, que buscam causa única apenas fisicamente no sofrimento ao qual a classe trabalhadora é exposta (ANTUNES, 2005), manipulação de resultados de estudos científicos por parte da indústria farmacêutica em busca do lucro incessante e o distanciamento da relação médico-pessoa (GOTZSCHE, 2016) fornecem elementos que podem exemplificar melhor a conjuntura de tal crise e que também podem ser problematizados pela ótica da física.

Elementos da física moderna ajudam a rever a concepção sobre espaço-tempo. Nesse sentido, a teoria da relatividade e a física quântica contribuem decisivamente. A primeira por meio do entendimento de que a massa seria uma forma de energia, descrita pela clássica equação de Einstein $E = m.c^2$ na qual E: energia, m: massa e c: velocidade da luz. E a segunda por meio da dualidade onda-partícula, mostrando que as partículas elementares que constituem a matéria, a luz e outras formas eletromagnéticas ora se comportariam como partículas em um espaço restrito e ora agiriam como ondas que se expandem por todas as direções.

Esse último fenômeno dual, visto a partir do princípio da complementariedade, que descreve a representação como onda e como partícula não como polaridades opostas, mas como duas descrições complementares da mesma realidade, e os elementos físicos acima descritos servem de base na consideração dos seres humanos como elementos multidimensionais dinâmicos em constante influência recíproca (ABREU, 2018).

Portanto, pode-se inferir que, tanto na teoria da relatividade quanto na teoria quântica, a imagem do universo como uma máquina foi modificada por uma visão dele como algo dinâmico, tendo suas partes intrinsecamente relacionadas. As PICS têm, por meio de seu vitalismo, a doutrina que reforça esta característica, já que apresenta a necessidade de um princípio irreduzível para explicar os fenômenos vitais relacionados com a dimensão global e ao mesmo tempo singular dos indivíduos.

Quanto à competência “Aplicar os conhecimentos das PICS no processo de despatologização da vida”, nota-se a conexão das reflexões vitalistas com o conceito que envolve o processo de medicalização da sociedade. Uma alternativa adequada para se pensar esta questão relaciona olhares para os campos da farmacologização e do imperialismo da saúde (CAMARGO JÚNIOR, 2013).

Para isso pode-se entender a medicalização como um processo de transformar, como situação médica, uma circunstância que antes não tinha esse teor, o que pode migrar entre polos positivos e negativos (CONRAD, 2007). A identificação do vírus da imunodeficiência humana e o posterior tratamento, por exemplo, podem ser vistos como algo positivo na lógica da medicalização. Por outro lado, a identificação equivocada de questões relacionadas a gênero como sendo patológicas, fato observado na codificação pregressa da homossexualidade enquanto doença, por exemplo, trazem o aspecto deletério da medicalização.

Amplia-se a questão pensando também na farmacologização, processo no qual condições humanas parecem estar sendo colonizadas pelos produtos da indústria farmacêutica, em uma relação que engloba um campo maior do que o ocupado pelos diagnósticos médicos, pois se envereda pelos comportamentos da sociedade.

Esse é o ambiente da lógica do que Camargo Júnior (2013) chamou de imperialismo da saúde, no qual as experiências de vida são direcionadas apenas pelo objetivo final de não adoecer, despotencializando, com isso, as singularidades do viver. Não se buscaria o convívio com vivências prazerosas em busca de se estar pleno, mas apenas para não ficar doente, em um processo que transforma o ser humano em um consumidor do grande supermercado da saúde. As PICS precisam estar atentas a esse tipo de lógica e ressignificá-la por meio da promoção do autoconhecimento emancipatório de uma lógica comercial do processo de cuidado.

Algumas competências secundárias estiveram próximas de não conseguirem obter consenso por parte dos especialistas. Estas variaram entre 54,5% (n:6) e 63,6% (n:7) de preferência e estavam relacionadas com as competências centrais de “técnicas de cuidados centradas na pessoa” e do “uso de habilidades de comunicação que aprimoram o relacionamento médico-pessoa”. Na opinião dos avaliadores, esses pontos são trabalhados nos dois anos da residência de MFC. Os especialistas em questão avaliaram pela permanência de tais competências pelo fato de entenderem a necessidade de aprofundamento em tais temáticas.

Essa característica de competências, que fazem parte de currículos específicos relacionados com as PICS e que são vistas também como próprias da MFC, ressalta uma convergência de diálogo entre as duas áreas, o que também foi observado em um estudo qualitativo realizado com usuários do serviço de uma unidade da Estratégia Saúde da Família.

Os usuários em questão foram acompanhados por consultas que traziam, além do MCCP trabalhado pela MFC, sessões de acupuntura como componente do processo de cuidado. O objetivo do trabalho era perceber, a partir das sessões de acupuntura, a presença dos componentes do MCCP “Explorando a saúde, a doença e a experiência com a doença”, “Entendendo a pessoa como um todo”, “Elaborando um projeto comum de cuidado” e “Intensificando a relação médico-pessoa” pela ótica do usuário. Os resultados da pesquisa foram agrupados e trouxeram temas que versavam sobre emancipação, autoconhecimento, integralidade, vínculos e afetos, fortalecendo, com isso, a proximidade entre as duas áreas com vistas à potencialização do processo de cuidado (SANTOS; CORREIA; SILVA, 2019).

Ao final da primeira rodada, foram descritas oito sugestões de competências que, na opinião dos especialistas, não haviam sido contempladas no questionário inicial. Essas competências foram expostas ao grupo no segundo momento. Dessas, seis obtiveram 100% de aceitação para a inclusão por parte do grupo (Quadro 3). Nota-se que elas, de fato, refletem características advindas do mundo do trabalho e ratificam o caráter crítico emancipatório da matriz.

Quadro 3. Competências da rodada 2 aceitas para a inclusão por 100% dos painelistas.

Competências centrais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultivar uma prática pessoal de autoeducação, autocuidado e registro das experiências vivenciadas com as PICS.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer processos de gestão em PICS que incluam o diagnóstico situacional da política nacional de PICS do território, organização e fluxos de acesso às práticas pelos usuários, recursos e insumos necessários, formas de capacitação dos profissionais e apoio matricial para os MFC (e/ou RMFC) que já atuam na rede.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalhar processo de escuta ativa e qualificada como um processo terapêutico e, a partir disso, analisar a satisfação do usuário com a consulta.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entender o estudo da dor em sua dimensão antropológica.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilitar formas diferenciadas de compreensão dos sujeitos e dinâmicas de saúde e adoecimento para além do manifestado pela linguagem oral (percepção corporal, energética e sistêmica), compreendendo, dessa forma, os processos de salutogênese.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporar o conceito de saúde planetária e sua relação com as PICS.

Fonte: O Autor, 2019.

Quanto às competências “Cultivar uma prática pessoal de autoeducação, autocuidado e registro das experiências vivenciadas com as PICS”, “Conhecer processos de gestão em PICS, que incluam o diagnóstico situacional da política nacional de PICS do território”, “Organização e fluxos de acesso às práticas pelos usuários, recursos e insumos necessários, formas de capacitação dos profissionais

e apoio matricial para os MFC (e/ou RMFC) que já atuam na rede”, “Trabalhar processo de escuta ativa e qualificada como um processo terapêutico e, a partir disso, analisar a satisfação do usuário com a consulta” e “Entender o estudo da dor, em sua dimensão antropológica”, percebe-se que elas trazem características relacionadas com a gestão e a ciência já problematizados. Terem surgido a partir da experiência dos painelistas demonstra que existe uma necessidade premente do fortalecimento dos desdobramentos dessas questões nas rotinas dos serviços de saúde.

Entende-se, levando em consideração a competência “Incorporar o conceito de saúde planetária e sua relação com as PICS”, que ela necessita de um maior aprofundamento por também se tratar de uma questão paradigmática do processo de cuidado.

Essa competência traz à tona a necessidade de se pensar sobre o desenvolvimento antiecológico existente, naturalizado pela maioria das pessoas, o que só aumenta a degradação socioambiental. Trazer a temática do desenvolvimento sustentável é condição imprescindível para um currículo que incorpora práticas holísticas em sua formação, ou seja, que valoriza também a relação do homem com seu ambiente como uma das condições principais de saúde.

A sustentabilidade pode ser observada por meio dos seus pilares social, econômico e ambiental, tendo diálogos diretos com a integralidade, que acolhe tais dimensões com seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores e da população em geral.

Trabalhar a saúde planetária tem como objetivo, portanto, formar a consciência dos cidadãos e transformar-se em filosofia de vida, de modo a levar à adoção de comportamentos ambientalmente adequados, transformados em ação por uma prática político-pedagógica que desenvolva estratégias potencializadoras de cidadania e de melhoria da qualidade de vida da população (PELICIONI, 1998).

Afirmou-se, pensando nesta conjuntura, por Fernandes e Lisboa (2018), que se faz urgente o despertar das pessoas para a conscientização da mudança de modelo de cuidados do mundo. O desenvolvimento e a vida só serão sustentáveis de modo a garantir, às futuras gerações, um lar saudável e globalmente justo quando seus agentes se tornarem seres sustentáveis.

As PICS enquadram-se nesse olhar por constituírem práticas de cuidados sustentáveis em todos os contextos de saúde. A sustentabilidade traz uma visão de

desenvolvimento ratificado por elas na medida em que ambas intencionam superar o reducionismo por meio do estímulo a ações de desenvolvimento ambiental que estão diretamente vinculadas à integralidade entre todos os saberes, condição fundamental para o fortalecimento da complexa interação entre sociedade e natureza.

Após as duas rodadas Delphi, foi alcançada a validação da matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC (Quadro 4). O resultado final foi composto por 69 competências centrais e 40 competências secundárias.

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continua)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Cognitiva	Relaciona-se com o mecanismo que envolve a aquisição de saberes e seu exercício no cuidado assistencial.	Fornecer explicação de usos tradicionais quando apropriado.	
		Fornecer explicação de possíveis benefícios e riscos, incluindo efeitos adversos/interações quando apropriado.	
		Incorporar abordagens baseadas em evidências que reconheçam as PICS como parte do plano de tratamento.	
		Possuir conhecimento médico estabelecido e envolvido pelas Ciências Biomédicas, Clínicas, Epidemiológicas e Sociais a ser aplicado no processo de cuidado da pessoa.	
		Entendimentos sobre a prevalência e padrões de uso das PICS.	
		Aplicar o conceito das RM no processo de cuidado com as PICS.	
		Entender a epistemologia das PICS e sua relação com a lógica do saber biomédico.	
		Refletir sobre ciência a partir das racionalidades advindas das PICS.	
Técnica	Dialoga com características técnicas de uma base teórico-clínica mais restrita.	Saber como referenciar adequadamente os usuários a outros serviços de PICS.	
		Fornecer provas de estudos científicos quando apropriado (ou seja, citações demonstrando o uso de tecnologia da informação).	
		Ser capaz de discutir os antecedentes históricos e legais subjacentes ao uso atual das PICS no Brasil.	

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Técnica		Ser capaz de descrever técnicas eficazes para demonstrar a história do uso das PICS e discuti-las com as pessoas acompanhadas no serviço.	
		Reconhecer e antecipar os efeitos colaterais, reações adversas e interações terapêuticas para as PICS comumente utilizadas.	
		Identificar as indicações para as quais a evidência apoia o uso das PICS e reconhecer as áreas em que faltam evidências.	
		Entender as questões legais relativas a encaminhamento e colaboração com outros profissionais da rede.	
		Saber os padrões de treinamento, licenciamento e credenciamento para profissionais de PICS.	
		Se apropriar de fontes de referência respeitáveis para se obterem informações mais detalhadas sobre o uso das PICS.	
		Desenvolver habilidades em tecnologias de intervenção próprias das PICS por meio do aprofundamento teórico e prático das diferentes modalidades nos serviços de saúde.	
		Entender o conceito de RM como uma das questões norteadoras para o uso das PICS.	
		Problematizar as PICS a partir da ótica das políticas econômicas e dos impactos dos ajustes fiscais enfrentados pelo SUS.	
		Ter formação pedagógica para o ensino das PICS em outros cenários de atuação.	

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Integrativa	Consiste na integração dos conhecimentos, sem individualizá-los como puramente clínicos, técnicos ou biopsicossocioespirituais, totalizando-os em um único raciocínio.	Avaliar evidências científicas e históricas tanto para abordagens alopáticas quanto para abordagens com as PICS no segmento de doenças e síndromes específicas.	
		Integração de recomendações mente-corpo.	a) investigar sobre o uso e resposta relacionados com as terapias mentais e corporais; b) discutir possíveis aplicações de terapias mente-corpo para casos específicos; c) identificar possíveis obstáculos e estratégias para o uso das PICS no contexto da saúde mental; d) demonstrar/ensinar técnicas mente-corpo aos pacientes ou referenciar a outros serviços adequadamente.
		Assessoria e apoio às pessoas acompanhadas com relação à espiritualidade.	a) investigar sobre a prática espiritual ou religiosa anterior e atual de uma maneira sensível, se indicado; b) discutir, quando necessário, a potencial relevância da espiritualidade para a saúde; c) recomendar, quando necessário, a aplicabilidade de intervenções espirituais a pacientes individuais.
		Compor e administrar planos de tratamento integrativos individualizados.	
		Compor e administrar planos de cuidado que envolvam coletivamente o uso das PICS.	

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Integrativa		Triar todas as pessoas para possível uso das PICS.	
		Ter a capacidade de auxiliar a pessoa em como usar as PICS e terapias convencionais visando ao benefício máximo, ou seja, integrar o uso de opções convencionais e não convencionais na prática clínica.	
		Ter a capacidade de usar os dados disponíveis para ajudar os pacientes a escolher entre uma variedade de opções de PICS para uma determinada condição.	
		Desenvolver a escuta acolhedora e o estabelecimento do vínculo terapêutico por meio da visão global do ser humano e dos processos de saúde e de adoecimento nas diferentes fases da vida.	
		Atuar de forma integrada com as demais áreas do conhecimento em saúde e com outros setores de ação social, promovendo a saúde e prevenindo a doença.	
		Aplicar o uso das PICS no manejo de casos relacionados com a saúde mental.	
		Entender o estudo da dor em sua dimensão antropológica. (*)	
		Possibilitar formas diferenciadas de compreensão dos sujeitos e dinâmicas de saúde e adoecimento para além do manifestado pela linguagem oral (percepção corporal, energética e sistêmica), compreendendo, dessa forma, os processos de salutogênese. (*)	
		Incorporar o conceito de saúde planetária e sua relação com as PICS. (*)	

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Contexto	Versa sobre o produto relacional entre o saber da pessoa, a tarefa objetivada e os ambientes cenários dessa interação.	Mudanças de estilo de vida das pessoas assistidas.	a) Avaliar a prontidão para a mudança; b) Negociar a priorização das áreas que precisam de mudança; c) Formular o plano apropriado para o estágio no qual a pessoa se encontra; d) Identificar potenciais obstáculos e estratégias de alívio; e) Avaliar o estágio motivacional da pessoa; f) Usar linguagem apropriada ao recomendar mudanças de estilo de vida às pessoas acompanhadas.
		Integração de recomendações sobre plantas medicinais.	a) Investigar sobre o uso e a resposta prévios às terapias com plantas medicinais; b) Mapear as plantas medicinais presentes no território de atuação; c) Discutir possíveis aplicações de terapias com plantas medicinais específicas para a pessoa; d) Identificar possíveis obstáculos e estratégias para o uso de terapias com plantas medicinais; e) Recomendar terapias com plantas medicinais a pessoas ou encaminhar adequadamente a outros serviços; f) Ter uma lista mínima de plantas medicinais a ser aprendida.

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Contexto		Integração de recomendações nutricionais.	a) Investigar sobre o uso e a resposta anteriores e atuais às terapias nutricionais; b) Identificar possíveis obstáculos e estratégias para o uso de terapias nutricionais; c) Recomendar intervenções nutricionais aos pacientes e encaminhar adequadamente quando necessário; d) Recomendar a aplicabilidade da intervenção nutricional a pessoas individualmente.
		Integração de recomendações de atividade física.	a) Investigar sobre o uso e a resposta anteriores e atuais à atividade física; b) Discutir as possíveis aplicações da atividade física em pessoa individualmente; c) Identificar possíveis obstáculos e estratégias de prosseguimento para a prática de atividades físicas; d) Recomendar intervenções de atividade física para pessoas ou encaminhar adequadamente quando necessário.
		Compreender uma base de evidências para as relações entre a doença e os seguintes fatores: emoção; estresse; nutrição; atividade física; apoio social; espiritualidade; sono e ambiente.	

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Contexto		Articular as PICS com outras práticas de saúde do território.	
		Promover a articulação com as Redes de Atenção à Saúde e com as políticas, programas e projetos nos diferentes níveis de abrangência.	
		Entender a relação das PICS com a Educação Popular em Saúde.	
		Conectar a lógica do território e do meio ambiente como campos de entendimentos das PICS.	
		Compreender as principais tradições espirituais em nosso meio, sua história, dogmas e processos de desenvolvimentos pessoal em uma abordagem antropológica. (*)	
Relacionamento	Abrange o processo comunicativo que envolve as relações humanas, tendo na relação médico-pessoa elemento chave do processo de cuidado.	Técnicas de cuidados centradas na pessoa.	a) Colher uma história que inclua a compreensão da pessoa e de sua experiência com a doença; b) Incorporar informações sobre fatores familiares, comunitários e ocupacionais na coleta da história; c) Investigar sobre o papel do estresse na saúde da pessoa e autocuidado; d) Investigar sobre fontes de prazer ou felicidade na vida da pessoa; e) Investigar sobre cuidados advindos de outros saberes e o impacto disso na pessoa; e) Integrar, a partir de evidências confiáveis, a prevenção e a promoção da saúde na consulta.

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019.

(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Contexto		Uso de habilidades de comunicação que aprimoram o relacionamento médico/pessoa.	a) Usar contato visual e linguagem corporal adequados; b) Usar uma introdução de consulta apropriada; c) Usar perguntas abertas, permitindo tempo adequado para as respostas da pessoa; d) Utilizar apropriadamente termos não médicos com linguagem clara e adaptada.
		Construir práticas construtivas e colaborativas com os outros membros da equipe de saúde.	
		Entender sobre a história e os conhecimentos culturais de cada prática estudada, sua filosofia e seu impacto no relacionamento pessoa-médico.	
		Entendimentos sobre a prevalência e padrões de uso das PICS.	a) Compreender a variação regional, particularmente os padrões dentro da própria área/comunidade; b) Entender sobre questões étnicas e culturais e o papel do sistema social da pessoa na determinação de crenças e escolhas de saúde; c) Reconhecer condições para as quais as pessoas mais comumente buscam abordagens complementares.
		Investigar o uso das PICS pelas pessoas, sem julgamentos.	
		Trabalhar processo de escuta ativa e qualificada como um processo terapêutico, e a partir disso analisar a satisfação do usuário com a consulta. (*)	

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019
(Continuação)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Afetivo-moral	Engloba atributos pessoais e comportamentais do profissional que influenciam diretamente o lidar com decisões da prática médica.	Entender o processo de compaixão envolvido no ato de cuidar.	
		Impactar positivamente a sua organização e/ou ambiente (local, regional e/ou nacional) em relação às PICS.	
		Possuir conscientização e capacidade de resposta para chamar, com eficiência, recursos que forneçam cuidados de saúde otimizados.	
		Procurar e colaborar com profissionais de terapias complementares para garantir o acesso às PICS de qualidade.	
		Buscar o fortalecimento da atenção em PICS no SUS.	
		Contribuir para o desenvolvimento das PICS em caráter multidisciplinar.	
		Contribuir com o desenvolvimento de estratégias de manutenção e recuperação da qualidade de vida e da saúde individual e coletiva.	
		Aplicar os conhecimentos das PICS no processo de despatologização da vida.	
		Conhecer processos de gestão em PICS que incluam o diagnóstico situacional da política nacional de PICS do território, organização e fluxos de acesso às práticas pelos usuários, recursos e insumos necessários, formas de capacitação dos profissionais e apoio matricial para os MFC (e/ou RMFC) que já atuam na rede. (*)	
Hábitos da Mente	Conecta-se à busca constante pelo autoconhecimento, visando à melhoria de desempenho nas condutas e, logo, desenvolvimento acadêmico-pessoal.	Reconhecer que os médicos precisam de conhecimento advindo das PICS a fim de aconselhar e cuidar adequadamente das pessoas.	

Quadro 4. Matriz de Competências Crítico-Emancipatórias em PICS para um terceiro ano opcional de residência em MFC. Recife. (PE), Brasil. 2019. (Conclusão)

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO	COMPETÊNCIA CENTRAL	COMPETÊNCIA SECUNDÁRIA
Afetivo-moral	Engloba atributos pessoais e comportamentais do profissional que influenciam diretamente o lidar com decisões da prática médica.	Entender o processo de compaixão envolvido no ato de cuidar.	
		Reconhecer a importância do rastreio para o uso de PICS e discutir isso com as pessoas acompanhadas.	
		Compreender e respeitar as influências culturais/étnicas sobre crenças de saúde e escolhas de cuidados de saúde.	
		Respeitar o potencial de certas terapias complementares de forma igual ou talvez maior do que se comparada a terapias convencionais (em abordagens para o tratamento de certas condições).	
		Compreender que as atitudes dos médicos em relação ao seu próprio autocuidado, autoconsciência e crescimento pessoal desempenham um papel crítico na promoção do processo de mudança na vida das pessoas acompanhadas pelo serviço.	
		Compreender o papel que as próprias convicções fundamentais dos médicos e os fundamentos culturais, étnicos ou religiosos pode desempenhar na sua escolha de recomendações sobre seus tratamentos.	
		Atuar criticamente nos distintos campos da APS.	
		Cultivar uma prática pessoal de autoeducação, autocuidado e registro das experiências vivenciadas com as PICS. (*)	
		Utilizar a ferramenta de contação de histórias como instrumento para compor e inspirar a busca do equilíbrio entre vida e saúde. (*)	

Fonte: O Autor, 2019.

Nota: (*) Competências sugeridas pelos painelistas e que entraram na matriz após a segunda rodada avaliativa

Algumas competências presentes em diferentes dimensões apontam para caminhos comuns. É o que ocorre, por exemplo, com aquelas que se aproximam do eixo estratégico do cuidado em saúde apontado pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEP-SUS): “Ter a capacidade de auxiliar a pessoa em como usar as PICS e terapias convencionais visando ao benefício máximo, ou seja, integrar o uso de opções convencionais e não convencionais na prática clínica”; “Atuar de forma integrada com as demais áreas do conhecimento em saúde e com outros setores de ação social, promovendo a saúde e prevenindo a doença”; “Articular as PICS com outras práticas de saúde do território”; “Entender a relação das PICS com a Educação Popular em Saúde” e “Compreender e respeitar as influências culturais/étnicas sobre crenças de saúde e escolhas de cuidados de saúde”. Essa presença fortalece o caráter de valorização da ancestralidade e dos saberes populares da matriz, assim como conscientiza a população de sua capacidade de mudança e transformação no seu meio.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa e discussão do estudo, foram observadas limitações que não indeferem sua proposta, mas que necessitam ser elencadas visando à longitudinalidade de sua construção. Dentro dessa análise encontra-se, por exemplo, que algumas competências poderiam ser classificadas em mais de uma dimensão na matriz proposta. Isto demonstra uma fragilidade na divisão metodológica proposta para a organização do compilado. Espera-se que, no decorrer da efetivação do currículo, as avaliações de segmento conseguirão, em caso de necessidade, reorganizar as dimensões da matriz proposta.

Outra limitação que deve ser considerada é que não houve a possibilidade de serem contempladas todas as PICS dentro do escopo de formação dos especialistas que participaram da pesquisa, fato este que poderia ter potencializado a característica crítico-emancipatória da matriz na medida em que contemplassem competências percebidas por meio das experiências vividas por outras formações.

Para se conseguir perceber a proximidade de competências das PICS com aquelas alcançadas nos dois primeiros anos da residência, havia a necessidade de o grupo de painelistas ser composto de médicos de família e comunidade com formação em PICS e atuação como preceptores. Esse recorte, no entanto, retirou a possibilidade de serem observados os entendimentos de outros profissionais não médicos que também utilizam as PICS e são possuidores de vasto conhecimento no campo. Acredita-se que, no decorrer da implantação do programa, esses

profissionais farão parte do corpo de tutores e serão fundamentais em futuras reavaliações da matriz.

Outra questão relacionada com os critérios de inclusão dos painelistas e que pode ser vista como limitação da pesquisa abarca o fato de o estudo ter excluído os residentes de MFC da resposta dos questionários. O processo estratégico de aprendizagem após o início do programa objetiva incluir esses olhares ao longo da formação como parte importante do processo educativo do indivíduo.

Entendem-se, como limitação não exclusiva do estudo, mas também de sua implementação, impasses que podem ser gerados na formação dos residentes por conta do processo de precarização advinda de uma política que, muitas vezes, não fornece espaço para a implementação efetiva do uso das práticas, causando prejuízos na qualidade no serviço.

Diante dos desafios encontrados como limitações para a melhor elaboração e execução da matriz, é sabido que ela sofra modificações e aprimoramentos ao longo de suas atividades, algo já previsto pelos envolvidos no estudo como um aperfeiçoamento salutar.

Por fim, concordando com o que afirmou Santos (2010), defende-se que a construção de tal matriz não objetiva esgotar todos os meandros promotores de um exercício profissional competente, mas visa, no entanto, a apresentar um conjunto de valores, entendimentos e comportamentos que possam contribuir para a boa prática de atenção à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que uma matriz de competências em PICS reforce visões integradoras de saúde que, ao acolher saberes diversos, engendram simbioses potencializadoras da capacidade resolutive do MFC. Além disso, procurou-se um resultado que conseguisse demonstrar similaridades com características da formação em MFC.

Este produto visa também a se aproximar de áreas apontadas tanto pelas DCN de formação médica, preenchendo lacunas criadas por processos educativos segmentadores ainda hoje vivenciados, quanto por características presentes na Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

Desse modo, busca-se fortalecer a APS, lugar estratégico para a inserção das PICS no SUS, potencializando o papel político do MFC ao problematizar o caráter colonizador da produção biomédica, que produziu, por várias décadas, uma formação médica mercadológica e reducionista da singularidade humana.

Uma formação que reforce a importância da integração entre as RM trará benefícios ao cuidado da pessoa e sua comunidade, fomentando a importante discussão sobre as fragilidades e pontos sensíveis que impactam a consolidação das PICS nos múltiplos ambientes de saúde, sejam acadêmicos ou assistenciais.

Na discussão sobre a necessidade de fortalecimento do estudo das PICS para melhor desenvolvimento da matriz, ressalta-se a importância que as práticas façam parte dos currículos de graduação médica, mantendo diálogo com as DCN, atuando no fortalecimento das áreas de atenção à saúde, favorecendo a integralidade e humanização do cuidado, gestão em saúde por meio da gestão do cuidado e valorização da vida e educação em saúde por meio da promoção do pensamento científico-crítico e apoio à produção de novos conhecimentos.

Esta interação favorecerá a formação de profissionais que, com conhecimentos prévios na temática, poderão valorizar as PICS em sua rotina assistencial e buscá-los durante a pós-graduação em modelos como os sugeridos pela pesquisa em questão.

Questiona-se também a fragilidade das políticas quanto ao pouco investimento e valorização das práticas integrativas e complementares que, apesar de existirem em um programa de governo, ainda enfrentam dificuldades para encontrar cenários e recursos para seu exercício, necessitando, muitas vezes,

inclusive, de alto investimento dos profissionais interessados e dos próprios usuários do serviço. De certa forma, trabalha-se com a proatividade e resiliência do residente e dos especialistas, atitudes importantes para um profissional de saúde, mas que, no entanto, podem diminuir o alcance que as PICS têm de abranger a população de um determinado território.

Ressalta-se, com isso, a importância de se falar sobre PICS como bandeira de mobilização, visando constante ao processo de consolidação delas perante o SUS, APS e os programas políticos de saúde. A população pode tornar-se porta-voz das práticas a partir do momento em que entra em contato resolutivo com mais frequência. A divulgação de tais experiências frente à comunidade e para além dela age como elemento aglutinador e expensor da concretização almejada.

As PICS podem mostrar-se como uma opção economicamente mais viável por conta de não necessitarem de tantos recursos para se tornarem mais acessíveis à população. Fazem o uso de saberes ancestrais e populares da comunidade, seguindo uma linha de custo-benefício que concorda com as ideias defendidas pela prevenção quaternária no que tange à proteção quanto ao excesso de intervenções advindas de modelos centrados na doença.

Um terceiro ano opcional apresenta-se como uma longitudinal oportunidade para o residente de MFC expandir os olhares integrativos para com o indivíduo, assim como amplia também o arsenal de ferramentas que o mesmo poderá utilizar nas abordagens de saúde, trazendo vertentes pouco exploradas, porém, extremamente importantes para o crescimento do ser, já que, nesse cenário, o uso das PICS não será visto como último recurso, mas como opção de vanguarda no segmento dos usuários do sistema.

Acredita-se que, quanto mais pessoas fizerem uso das PICS em suas rotinas de atendimentos, mais facilmente será percebida a ocorrência de um efeito cascata de retroalimentação dentro das próprias equipes de saúde, fazendo com que ocorra a expansão de formações na área, tanto por meio da procura por parte de componentes das equipes quanto pela criação de espaços formativos advindos de políticas de governo. Esse movimento fortalecerá os campos de estudo, pesquisa e produção de evidências que potencializarão o uso das PICS.

Associar a questão de saúde planetária, na qual o indivíduo incorpore o meio ambiente à sua saúde, favorece o autocuidado e a consequente devolução de um olhar integral do ser a partir da lógica das terapias. Nesse sentido, questões como

exaustão do trabalho, pressão assistencial e adoecimentos advindos do mundo do trabalho em saúde podem ser minimizadas e ressignificadas, tendo em vista que ele também se torna um receptor dos efeitos benéficos da atuação com as PICS, e utilizar tais conhecimentos faz com que o profissional de saúde se beneficie em sua conjuntura de vida e trabalho.

O uso das PICS favorece a ampliação dos olhares para além dos focos hospitalocêntricos de abordagem à saúde. A terapia do paciente, inclusive, não necessariamente ocorre dentro das unidades de saúde. A bandeira da vida pode ser hasteada em diversos ambientes e a saúde, nesse panorama, pode, de fato, ser vista em toda sua plenitude de apresentações.

Importante ressaltar a necessidade de que o aluno entenda o campo das racionalidades que envolvem as PICS para que se evite o uso das terapias de forma focal, diminuindo, com isso, suas potencialidades por meio de um olhar interpretativo restrito à lógica da Biomedicina. As PICS carregam consigo princípios mais amplos no que se refere à qualidade de vida, não restringindo os olhares apenas sobre a ausência de doença, o que faz com que seus efeitos atuem não apenas no sujeito, mas também na coletividade ao seu entorno.

A contribuição dos painelistas na elaboração da matriz foi fundamental para o caráter crítico emancipatório da mesma. Precisou ser realizada por especialistas em MFC pelo fato de estes possuírem um duplo olhar formativo, já que vivenciaram o programa na condição de residentes e, posteriormente, como preceptores. Por isso, possuíam o conhecimento das competências nucleares necessárias para serem adquiridas durante a residência e, dessa forma, poderiam contribuir quanto ao eixo central em que a matriz em construção deveria se apoiar.

Além dessa característica, a experiência de entendimento sobre o atual panorama do cuidado em saúde e sua rotina assistencial com necessidades supridas pelo uso das PICS trouxeram, para este grupo, a *expertise* necessária para essa reflexão propositiva de um R3 com ênfase em PICS, conjecturando-se, inclusive, à ampliação deste grupo na participação pedagógica de implementação do programa.

Para a efetivação do programa, faz-se necessário o estabelecimento de parcerias que compreendam e apoiem a função das PICS e da MFC dentro do sistema de saúde, garantindo espaços para a realização de um programa formativo que esteja articulado com as dimensões do ensino, serviço e sua

integração à comunidade potencializadas por atividades assistenciais que, ao formarem especialistas, também promovam formação crítica, além de prevenção e reabilitação dos usuários acompanhados.

É mister que gestores e lideranças estejam cientes e sensíveis quanto à satisfação da população atendida, assim como da racionalização de recursos gerados tanto pelas PICS quanto pela MFC, por isso, a importância de se formarem especialistas capacitados na construção desse projeto de intervenção que insere, no sistema de saúde, médicos que atuam conforme o novo paradigma, com foco na integralidade da assistência, nas práticas multi e interdisciplinares e que conciliem a necessidade de cada paciente e comunidade de acordo com os recursos oferecidos.

Assim como os desafios enfrentados pela MFC para a sua inserção na graduação, as PICS, apesar de existirem enquanto política incluída no sistema de saúde, ainda ficam à margem do conhecimento valorizado pelos profissionais na área de saúde e, conseqüentemente, de grande parte da população. Acredita-se que o investimento em seu ensino favorece, além do cuidado, o conhecimento e o avanço de pesquisas no âmbito das PICS no SUS, provando a qualidade de serviço e bons indicadores de saúde por meio da formação desses novos agentes de saúde integral do ser.

Entende-se, levando em conta os pontos trazidos pelo estudo, que o residente atuante das PICS possui o papel de agente de transformação social, pois emprega uma prática que intenciona garantir integralidade, atuação política, resolutividade, inclusão, educação permanente, acessibilidade, sustentabilidade e vivências curativas potencializadores do fortalecimento do paradigma integrativo de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. P. H. O vitalismo das Práticas Integrativas e Complementares e o conceito de campo da ciência moderna. **Vittalle**, Rio Grande, v. 30, n. 1, p. 119-133, 2018. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/7843/5313>. Acesso em: 25 jan. 2019.
- ABREU, I. P. H. **Saúde Integral: conexões com as tradições da antiguidade e com a ciência moderna: a marca da totalidade e do vitalismo**. São Paulo: All Print, 2015.
- ANDRADE, H. S. *et al.* A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280311, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280311.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.
- ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H.; LANZONI, G. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373–381, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/educacao_permanente_saude_atribuicoes_deliberaco_pacto_gestao.pdf. Acesso em: 15 mar. 2019.
- ANTUNES, R. L. C. **O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**, São Paulo: Boitempo, 2005.
- AROUCHA, E. B. L. **Práticas integrativas e complementares: o interesse em formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2012. 50f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29882/1/51.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: Significado e Cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>. Acesso em: 28 maio 2019.
- BAUGNIET, J.; BOON, H.; OSTBYE, T. Complementary/alternative medicine: comparing the views of medical students with students in other health care professions. **Family Medicine**, Kansas City, v. 32, n. 3, p. 178-184, Mar. 2000.
- BECK, A. H. The Flexner report and the standardization of American medical education. **JAMA**, Chicago, v. 291, n. 17, p. 2139–2140, May 2004.
- BEN-ARYE, E.; FRENKEL, M.; HERMONI, D. An approach to teaching primary care physicians how to integrate complementary medicine into their daily practices: a pilot study. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, New York, v. 12, n. 1, p. 79-83, Jan./Feb. 2006.

BENN, R. *et al.* Integrative medicine in residency: assessing curricular needs in eight programs. **Family Medicine**, Kansas City, v. 41, n. 10, Nov./Dec. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.º 1.001 de 22 de outubro de 2009**. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pró-Residência. Brasília: Ministério da Educação; Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-1001-2009_218825.html. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação em Auriculoterapia para Profissionais de Saúde da Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 13 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 1.248 de 24 de junho de 2013**. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1248_28_06_2013.html. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 849 de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 971 de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 145 de 11 de janeiro de 2017**. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27275941_PORTARIA_N_145_DE_11_DE_JANEIRO_DE_2017. Acesso em: 18 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/02.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n1/0233.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

CASPI, O. *et al.* On the definition of complementary, alternative and integrative medicine: societal mega-stereotypes vs. the patients' perspectives. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, Aliso Viejo, v. 9, n. 6, p. 58-62, Nov./Dez. 2003.

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER J. R. M. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc: Abrasco, 2011. p. 257-292.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (Brasil). **Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015**. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2015. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_26824639_RESOLUCAO_N_1_DE_25_DE_MAIO_DE_2015.aspx. Acesso em: 15 set. 2018.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001.** Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 25 jan. 2019.

COOK, D. A, *et al.* A web-based course on complementary medicine for medical students and residents improves knowledge and changes attitudes. **Teaching and Learning in Medicine**, Hillsdale, v. 19, n. 3, p. 230-238, 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, n. 273, mar. 2001. Disponível em: http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluz.pdf. Acesso em: 12 jan. 2019.

DEMARZO, M. M. P. *et al.* Internato Longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, jul./set. 430-437, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n3/13.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

EHRlich, G. *et al.* Integrative Medicine at Academic Health Centers: A Survey of Clinicians' Educational Backgrounds and Practices. **Family Medicine**, Kansas City, v. 45, n. 5, p. 330-334, May. 2013.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**, Chicago, v. 287, n. 2, p. 226-235, Jan. 2002.

FERNANDES, I. V.; LISBOA, D. S. **Sustentabilidade e Saúde: ampliando o olhar na Atenção Primária.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) - Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada.** New York: The Carnegie Foundation, 1910.

FREITAS, F. P. P. **Acupuntura no contexto do atendimento aos usuários com dor crônica na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro.** 2015. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14055>. Acesso em: 25 set. 2018.

FRENKEL, M.; BEN-ARYE, E.; HERMONI, D. An approach to educating family practice residents and Family physicians about complementary and alternative medicine. **Complementary Therapies In Medicine**, Edinburg, v. 12, n. 2-3, p. 118-125, Jun./Sep. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2004.07.044>. Acesso em: 28 ago. 2018.

GARDINER, P. *et al.* Family Medicine Residency Program Directors Attitudes and Knowledge of Family Medicine CAM Competencies. **Explore**, New York, v. 9, n. 5, p. 299-307, Sep./Oct. 2013. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788635/pdf/nihms-517973.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

GOTZSCHE, P. **Medicamentos mortais e crime organizado**: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.

GOUVEIA, E. A. *et al.* Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. **Rural Remote Health**, Geelong, v. 16, n. 4, p. 3851, Oct./Dec. 2016.

GUIMARÃES, M. B. L. *et al.* Práticas Integrativas e Sofrimento Difuso: perspectivas descoloniais. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA., 30., 2015. **Anais...** San José: ALAS, 2015.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HIRSCHKORN, K. A.; ANDERSEN, R.; BOURGEAULT, I. L. Canadian family physicians and complementary/alternative medicine: the role of practice setting, medical training, and province of practice. **Canadian Sociological Association**, Malden, v. 46, n. 2, p. 143-159, May. 2009.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1471.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

KLIGLER, B. *et al.* Competency-based evaluation tools for integrative medicine training in family medicine residency: a pilot study. **BMC Medical Education**, London, v. 7, n. 1, p. 1-11, Apr. 2007. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1855050/pdf/1472-6920-7-7.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

KLIGLER, B. *et al.* Measuring the “Whole System” Outcomes of an Educational Innovation: Experience from the Integrative Family Medicine Program. **Family Medicine**, Kansas City, v. 41, n. 5, p. 342-349, 2009.

KLIGLER, B. *et al.* Suggested Curriculum Guidelines Complementary and Alternative Medicine: Recommendations of the Society of Teachers of Family Medicine Group on Alternative Medicine. **Family Medicine**, Kansas City, v. 32, n. 1, p. 30-33, jan. 2000.

LEBENSOHN, P. *et al.* Increasing resident recruitment into Family medicine: effect of a unique curriculum in integrative medicine. **Explore**, New York, v. 10, n. 3, p. 187-192, May/Jun. 2014.

LIU, M. A. *et al.* Longitudinal survey on integrative medicine education at na underserved health centre. **Education for Primary Care**, Abingdon, v. 26, n. 6, p. 404-409, Nov. 2015.

LOCKE, A. B. *et al.* Recommended Integrative Medicine Competencies for Family Medicine Residents. **Explore**, New York, v. 9, n. 5, p. 308-313, Sep./Oct. 2013.

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do Cuidado: a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de Atenção Primária à Saúde.** 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/5873>. Acesso em: 29 jun. 2018.

LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ: Abrasco, 2012.

MAIZES, V. *et al.* The Integrative Family Medicine Program: An Innovation in Residency Education. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 81, n. 6, p. 583-589, Jun. 2006.

MARAGH, S. *et al.* Introducing complementary medicine into the medical curriculum. **Journal of Royal Society of Medicine**, London, v. 90, n. 1, p. 19-22, Jan. 1997.

MARTINS, M. A. Editorial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 5-6, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n1/01.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

MELLO, G. A. *et al.* Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 464-471, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/17.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

MERH, E. E.; ADOLE, G. G. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM1 as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. **Pró-Posições**, v. 14, n. 1, p. 53-68, jan./abr. 2003. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643905/0>. Acesso em: 18 mar. 2019.

MESHKAT, B. *et al.* Using an e-Delphi technique in achieving consensus across disciplines for developing best practice in day surgery in Ireland. **Journal of Hospital Administration**, Beaver Creek, v. 3, n. 4, p. 1-8. 2014.

Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/view/3079/2381>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MIMS, L. D. *et al.* Do ABFM Board Pass Rates or Additional Curriculum Activities Affect Match Rates for Family Medicine Residency Programs? **Family Medicine**, Kansas City, v. 46, n. 4, p. 276-281, 2014.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA M. I. N. **Intercâmbio solidário de aberes em saúde: racionalidades médicas e prática integrativas e complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. **What is Complementary and Alternative Medicine?** Bethesda: The National Institutes of Health, 2010.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1801-1811, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/16.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Out./Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

PAREJA, I. V. **El Método Delphi**. Bogotá: Faculdade de Engenharia Industrial, 2003.

PELICIONI, M. C. F. Educação ambiental, qualidade de vida e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 19-31, ago/dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/03.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

PELIZZOLI, M. L. Saúde: entre Ciência, Doença e Mercado: Reflexões epistemológico-críticas. *In*: BARRETO, A. F. (org.). **Integralidade e Saúde: Epistemologia, Política e Práticas de Cuidado**. Recife: UFPE, 2011. Disponível em: http://www.neplame.univasf.edu.br/uploads/7/8/9/0/7890742/ebock_livro_integralidad_e_saude.pdf. Acesso em: 12 jun. 2018.

PESSOA, E. D. A. H. G. **Elaboração e Validação de uma Matriz de Competências para uma Programa de Medicina Rural no Brasil através da Técnica Delphi Modificada**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação) - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2015.

PRAJAPATI, S. H. *et al.* Curriculum Planning: a needs assessment for complementary and alternative medicine education in residency. **Family Medicine**, Kansas City, v. 39, n. 3, P. 190-194, 2007.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) na mão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

REZENDE, L.; SEGRE, L. M.; CAMPOS, G. H. B. O modelo de competências e as implicações para o currículo do curso de ciência da computação. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COMPUTAÇÃO, 24., 2004. **Anais...** Salvador: SBC, 2004.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Residência em Medicina de Família e Comunidade**. Entrevista com professores canadenses Cynthia Whitehead, Karl Iglar e Perle Fieldman. Rio de Janeiro: RMFC, 2014. Disponível em: <http://www.rmfc.org/2014/07/entrevista-com-os-professores.html>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. DE. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SÁ, R. F. A identidade profissional do médico generalista: lições a serem aplicadas pela instituição formadora. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 241-246, 2015. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/802>. Acesso em: 14 fev. 2018.

SANTOS, A. C. D.; CORREIA, I. B.; SILVA, R. C. O Tao na medicina de família e comunidade: relações entre acupuntura e o método clínico centrado na pessoa. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-12, jan./dez. 2019. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1624/984>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SANTOS, F. A. S. **Análise da política de Práticas Integrativas e Complementares em Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Residência Multiprofissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Proposta preliminar de trabalho. São Paulo: RMPICS, 2016. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/subprefeituras/RMPICS.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

SILVA, R. C. F. **As potencialidades da atenção primária à saúde na formação de médicos comprometidos com a transformação social**. 67f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25673>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo baseado em Competências para medicina de Família e Comunidade**. Brasília: SBMFC, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **História**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2018. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=3. Acesso em: 18 mar. 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. **Cadernos de 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>. Acesso em: 19 fev. 2019.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços Públicos de Saúde e Medicina Alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 255-266, set./dez. 2005. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a26v10s0.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

STAHNISCH, F. W.; VERHOEF, M. The Flexner Report of 1910 and Its Impact on Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry in North America in the 20th Century. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 2012, p. 1–10, 2012. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2012/647896/>. Acesso em: 14 fev. 2018.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STEYER, T. E. Complementary and alternative medicine: a primer. **Family Practice Management**, Kansas City, v. 8, n. 3, p. 37-42, Mar. 2001.

TESSER, C. D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 416-426, jul./set. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/prevencao_quaternaria_humanizacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 28 mar. 2019.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/71115.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2018.

TOMEY, A. V. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. **Educación Médica Superior**, Cuba, v. 16, n. 2, p. 156-163, abr./jun. 2002. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v16n2/ems10202.pdf>. Acesso em: 14 set. 2018.

TSURUOKA, K.; TSURUOKA, Y.; KAJII, E. Complementary medicine education in Japanese medical schools: a survey. **Complementary Therapies in Medicine**, Edinburg, v. 9, n. 1, p. 28-33, Mar. 2001.

WAHNER-ROEDLER, D. L. *et al.* Physicians' attitudes toward complementary and alternative medicine and their knowledge of specific therapies: a survey at an Academic Medical Center. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, Oxford, v. 3, n. 4, p. 495-501, Dez. 2006.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1697740/pdf/nel036.pdf>.

Acesso em: 28 set. 2018.

WAINAPEL, S. F. *et al.* Integrating complementary/alternative medicine into primary care: evaluating the evidence and appropriate implementation. **International Journal of General Medicine**, Auckland, v. 8, p. 361-372, Dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676622/pdf/ijgm-8-361.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2019.

WHITE, A. C.; FILSHIE, J. **Introdução a acupuntura médica ocidental**. São Paulo: Roca, 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Elaboração e validação de uma matriz de competências em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para um terceiro ano opcional de residência em Medicina de Família e Comunidade” como voluntário;
2. Sua participação não é obrigatória; a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
3. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou para com o grupo de trabalho de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade;
4. A pesquisa terá utilidade por produzir conhecimentos capazes de qualificar as práticas de saúde;
5. O objetivo deste estudo é definir uma matriz de competências em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde a serem desenvolvidas em um terceiro ano opcional de residência em Medicina de Família e Comunidade;
6. As competências mapeadas foram organizadas em um questionário estruturado em tipo escala *Likert* e numeradas de um a cinco contendo cinco gradações de importância como opções de escolha. Estão colocadas de forma crescente as seguintes alternativas: DISCORDO FORTEMENTE (1); DISCORDO (2); INDIFERENTE (3); CONCORDO (4); CONCORDO FORTEMENTE (5). Você deve marcar aquela opção que entenda ser mais adequada para a competência avaliada;
7. O questionário possui também dois espaços de preenchimento opcional. O primeiro é destinado para comentários de suas escolhas e o outro, para sugestões de competências que você entenda que são necessárias para um currículo de Práticas integrativas e Complementares em Saúde e que não tenham sido contempladas no questionário;
8. Sua contribuição à pesquisa pode consistir em duas maneiras: por meio da participação no preenchimento deste questionário e, se necessário, em um segundo momento de pesquisa para preenchimento de outro questionário com perguntas dicotômicas, “sim” para permanência e “não” para exclusão, para aquelas competências que não tenham atingido consenso na primeira rodada e para aquelas que porventura tenham sido sugeridas no primeiro momento;
9. Este estudo tem a orientação da pesquisadora Idê Gomes Dantas Gurgel;
10. Os riscos relacionados à sua participação serão mínimos, como o constrangimento, por se tratar de um estudo de preenchimento virtual de questionários;
11. Ao término da pesquisa, a mesma será divulgada nos meios acadêmicos e em revistas científicas da área. Esta pesquisa trará benefícios relacionados à melhoria na qualidade do cuidado fornecido aos usuários e na formação do médico de família e comunidade;
12. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e assegura-se o sigilo sobre a sua participação;
13. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois estarão agrupados a partir das avaliações coletivas;
14. Ao aceitar participar da pesquisa, você será encaminhado ao questionário, dando segmento ao *link* da pesquisa;
15. Informa-se que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos por meio do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa, sendo avaliado pelo Instituto Aggeu Magalhães localizado na avenida Professor Moraes Rêgo, S/N, Campus UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50740465;
16. Em caso de dúvidas, você poderá ser esclarecido pelo pesquisador responsável Aarão Carajás Dias dos Santos por meio dos telefones (81) 98115-0267/3355-3551 e/ou do e-mail aaaraocarajas@yahoo.com.br;
17. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sim

Não

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA A AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

QUESTIONÁRIO PARA A AVALIAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Por meio deste questionário, objetiva-se definir uma matriz de competências em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) a serem desenvolvidas em um terceiro ano opcional de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Por favor, leia atentamente cada item e subitem, assinalando o número da escala que melhor representar a sua opinião.

Sinta-se à vontade para comentar as competências abaixo, sinalizando, no espaço, comentários àquelas que você discorde que existam em um R3 pelo fato de já estarem contempladas no currículo regular dos dois anos de MFC. Neste mesmo espaço, você pode comentar sua escolha, caso entenda como importante por algum outro motivo. Além disso, você pode propor novas competências no espaço e sugestões ao final do questionário.

Portanto, ao final de um R3 de MFC, com ênfase em PICS, você entende que o residente deverá ser capaz de:

(1) Discordo Fortemente, (2) Discordo, (3) Indiferente, (4) Concordo, (5) Concordo Fortemente.

COMPETÊNCIAS	ESCALA LIKERT					COMENTÁRIOS
	1	2	3	4	5	
1. Entender o processo de compaixão envolvido no ato de cuidar.						
2. Técnicas de cuidados centradas na pessoa.						
2.1 Colher uma história que inclua a compreensão da pessoa e de sua experiência com a doença.						
2.2 Incorporar informações sobre fatores familiares, comunitários e ocupacionais na coleta da história.						
2.3 Investigar sobre o papel do estresse na saúde da pessoa e autocuidado.						
2.4 Investigar sobre fontes de prazer ou felicidade na vida da pessoa.						
2.5 Investigar sobre cuidados advindos de outros saberes e o impacto disso na pessoa.						
2.6 Integrar, a partir de evidências confiáveis, a prevenção e a promoção da saúde na consulta.						
3. Uso de habilidades de comunicação que aprimoram o relacionamento médico/pessoa.						
3.1 Usar contato visual e linguagem corporal adequados.						
3.2 Usar uma introdução de consulta apropriada.						
3.3 Usar perguntas abertas, permitindo tempo adequado para as respostas da pessoa.						
3.4 Utilizar apropriadamente termos não médicos com linguagem clara e adaptada.						
4. Mudanças de estilo de vida das pessoas assistidas.						
4.1 Avaliar a prontidão para a mudança.						
4.2 Negociar a priorização das áreas que precisam de mudança.						
4.3 Formular o plano apropriado para o estágio no qual a pessoa se encontra.						
4.4 Identificar potenciais obstáculos e estratégias de alívio.						
4.5 Avaliar o estágio motivacional da pessoa.						
4.6 Usar linguagem apropriada ao recomendar mudanças de estilo de vida às pessoas acompanhadas.						
5. Saber como referenciar adequadamente os usuários a outros serviços de PICS.						

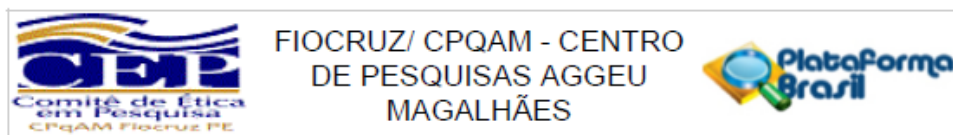
6. Construir práticas construtivas e colaborativas com os outros membros da equipe de saúde.					
7. Avaliar evidências científicas e históricas tanto para abordagens alopáticas quanto para abordagens com as PICS no segmento de doenças e síndromes específicas.					
8. Fornecer provas de estudos científicos quando apropriado (ou seja, citações demonstrando uso de tecnologia da informação).					
9. Fornecer explicação de usos tradicionais quando apropriado.					
10. Fornecer explicação de possíveis benefícios e riscos, incluindo efeitos adversos/interações quando apropriado.					
11. Integração de recomendações mente-corpo.					
11.1 Investigar sobre o uso e resposta relacionados com as terapias mentais e corporais.					
11.2 Discutir possíveis aplicações de terapias mente-corpo para casos específicos.					
11.3 Identificar possíveis obstáculos e estratégias para o uso das PICS no contexto da saúde mental.					
11.4 Demonstrar/ensinar técnicas mente-corpo aos pacientes ou referenciar a outros serviços adequadamente.					
12. Integração de recomendações sobre plantas medicinais.					
12.1 Investigar sobre o uso e a resposta prévios às terapias com plantas medicinais.					
12.2 Mapear as plantas medicinais presentes no território de atuação.					
12.3 Discutir possíveis aplicações de terapias com plantas medicinais específicas para a pessoa.					
12.4 Identificar possíveis obstáculos e estratégias para o uso de terapias com plantas medicinais.					
12.5 Recomendar terapias com plantas medicinais a pessoas ou encaminhar adequadamente a outros serviços.					
12.6 Ter uma lista mínima de plantas medicinais a ser aprendida.					
13. Integração de recomendações nutricionais.					
13.1 Investigar sobre o uso e a resposta anteriores e atuais às terapias nutricionais.					
13.2 Identificar possíveis obstáculos e estratégias para o uso de terapias nutricionais.					
13.3 Recomendar intervenções nutricionais aos pacientes e encaminhar adequadamente quando necessário.					
13.4 Recomendar a aplicabilidade da intervenção nutricional a pessoas individualmente.					
14. Integração de recomendações de atividade física.					
14.1 Investigar sobre o uso e resposta anteriores e atuais à atividade física.					
14.2 Discutir as possíveis aplicações da atividade física em pessoa individualmente.					
14.3 Identificar possíveis obstáculos e estratégias de prosseguimento para a prática de atividades físicas.					
14.4 Recomendar intervenções de atividade física para pessoas ou encaminhar adequadamente quando necessário.					
15. Assessoria e apoio às pessoas acompanhadas com relação à espiritualidade.					
15.1 Investigar sobre a prática espiritual ou religiosa anterior e atual de uma maneira sensível, se indicado.					
15.2 Discutir, quando necessário, a potencial relevância da espiritualidade para a saúde.					
15.3 Recomendar, quando necessário, a aplicabilidade de intervenções espirituais a pacientes individuais.					
16. Compor e administrar planos de tratamento integrativos individualizados.					

17. Incorporar abordagens baseadas em evidências que reconheçam as PICS como parte do plano de tratamento.					
18. Compor e administrar planos de cuidado que envolvam coletivamente o uso das PICS.					
19. Impactar positivamente a sua organização e/ou ambiente (local, regional e/ou nacional) em relação às PICS.					
20. Ser capaz de discutir os antecedentes históricos e legais subjacentes ao uso atual das PICS no Brasil.					
21. Ser capaz de descrever técnicas eficazes para demonstrar a história do uso das PICS e discuti-las com as pessoas acompanhadas no serviço.					
22. Reconhecer e antecipar os efeitos colaterais, reações adversas e interações terapêuticas para as PICS comumente utilizadas.					
23. Identificar as indicações para as quais a evidência apoia o uso das PICS e reconhecer as áreas em que faltam evidências.					
24. Reconhecer que os médicos precisam de conhecimento advindo das PICS a fim de aconselhar e cuidar adequadamente das pessoas.					
25. Reconhecer a importância do rastreio para o uso de PICS e discutir isso com as pessoas acompanhadas.					
26. Triar todas as pessoas para o uso das PICS.					
27. Possuir conhecimento médico estabelecido e envolvido pelas Ciências Biomédicas, Clínicas, Epidemiológicas e Sociais a ser aplicado no processo de cuidado da pessoa.					
28. Compreender uma base de evidências para as relações entre a doença e os seguintes fatores: emoção; estresse; nutrição; atividade física; apoio social; espiritualidade; sono e ambiente.					
29. Possuir conscientização e capacidade de resposta para chamar, com eficiência, recursos que forneçam cuidados de saúde otimizados.					
30. Entender sobre a história e os conhecimentos culturais de cada prática estudada, sua filosofia e seu impacto no relacionamento pessoa-médico.					
31. Compreender e respeitar as influências culturais/étnicas sobre crenças de saúde e escolhas de cuidados de saúde.					
32. Respeitar o potencial de certas terapias complementares de forma igual ou talvez maior comparadas a terapias convencionais (em abordagens para o tratamento de certas condições).					
33. Procurar e colaborar com profissionais de terapias complementares para garantir o acesso às PICS de qualidade.					
34. Compreender que as atitudes dos médicos em relação ao seu próprio autocuidado, autoconsciência e crescimento pessoal desempenham um papel crítico na promoção do processo de mudança na vida das pessoas acompanhadas pelo serviço.					
35. Compreender o papel que as próprias convicções fundamentais dos médicos e os fundamentos culturais, étnicos ou religiosos podem desempenhar na sua escolha de recomendações sobre seus tratamentos.					
36. Entendimentos sobre a prevalência e padrões de uso das PICS.					
36.1 Compreender a variação regional, particularmente, os padrões dentro da própria área/comunidade.					
36.2 Entender sobre questões étnicas e culturais e o papel do sistema social da pessoa na determinação de crenças e escolhas de saúde.					
36.3 Reconhecer condições para as quais as pessoas mais comumente buscam abordagens complementares.					
37. Entender as questões legais relativas a encaminhamento e					

colaboração com outros profissionais da rede.						
38. Saber os padrões de treinamento, licenciamento e credenciamento para profissionais de PICS.						
39. Se apropriar de fontes de referência respeitáveis para se obterem informações mais detalhadas sobre o uso das PICS.						
40. Investigar o uso das PICS pelas pessoas sem julgamentos.						
41. Ter a capacidade de auxiliar a pessoa em como usar as PICS e terapias convencionais visando ao benefício máximo, ou seja, integrar o uso de opções convencionais e não convencionais na prática clínica.						
42. Articular as PICS com outras práticas de saúde do território.						
43. Ter a capacidade de usar os dados disponíveis para ajudar os pacientes a escolher entre uma variedade de opções de PICS para uma determinada condição.						
44. Buscar o fortalecimento da atenção em PICS no SUS.						
45. Contribuir para o desenvolvimento das PICS em caráter multidisciplinar.						
46. Contribuir com o desenvolvimento de estratégias de manutenção e recuperação da qualidade de vida e da saúde individual e coletiva.						
47. Promover a articulação com as Redes de Atenção à Saúde e com as políticas, programas e projetos nos diferentes níveis de abrangência.						
48. Desenvolver a escuta acolhedora e o estabelecimento do vínculo terapêutico por meio da visão global do ser humano e dos processos de saúde e de adoecimento nas diferentes fases da vida.						
49. Desenvolver habilidades em tecnologias de intervenção próprias das PICS por meio do aprofundamento teórico e prático das diferentes modalidades nos serviços de saúde.						
50. Atuar criticamente nos distintos campos da APS.						
51. Atuar de forma integrada com as demais áreas do conhecimento em saúde e com outros setores de ação social, promovendo a saúde e prevenindo a doença.						
52. Entender o conceito de Racionalidades Médicas como uma das questões norteadoras para o uso das PICS.						
53. Aplicar o conceito das Racionalidades Médicas no processo de cuidado com as PICS.						
54. Entender a epistemologia das PICS e sua relação com a lógica do saber biomédico.						
55. Refletir sobre ciência a partir das racionalidades advindas das PICS.						
56. Aplicar o uso das PICS no manejo de casos relacionados com a saúde mental.						
57. Problematizar as PICS a partir da ótica das políticas econômicas e dos impactos dos ajustes fiscais enfrentados pelo Sistema Único de Saúde.						
58. Aplicar os conhecimentos das PICS no processo de despatologização da vida.						
59. Entender a relação das PICS com a Educação Popular em Saúde.						
60. Ter formação pedagógica para o ensino das PICS em outros cenários de atuação.						
61. Conectar a lógica do território e do meio ambiente como campos de entendimentos das PICS.						

Sugestões de outras competências não contempladas na matriz

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE COMPETÊNCIAS EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE PARA UM PROGRAMA DE TERCEIRO ANO OPCIONAL DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Pesquisador: aarao carajas dias dos santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97932918.2.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.926.335

Recomendações:

Deverá fazer correção no cronograma na oportunidade de entrega de relatório parcial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo.

As documentações exigidas estão corretamente anexadas, conforme exigências da RES. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.