

A interface entre a atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: formas de promover as práticas na APS

Lucas Gaspar Ribeiro, Daiane Marcondes

RESUMO

Um marco para a saúde no Brasil foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com a reorientação das práticas assistenciais pelos princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde. Esse sistema também oferta as práticas integrativas e complementares, abordando o indivíduo na sua multidimensionalidade, estimulando os mecanismos naturais de cura. Elas foram inseridas como política pública em 2006, no mesmo ano que o PSF foi modificado para estratégia. Ambas possuem relevantes afinidades e pontos que fortalecem o cuidado. O objetivo desse artigo é apresentar essa aproximação teórico-prática através de uma revisão narrativa, encontrando diversas premissas e ferramentas de cuidado compartilhados pela abordagem da Atenção Primária à Saúde (APS) e pelas práticas integrativas e complementares, além das práticas contribuindo para a desmedicalização, acesso e resolutividade da APS com o trabalho interprofissional, individualmente e coletivamente.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, práticas integrativas e complementares, estratégia saúde da família, políticas públicas em saúde, sistema único de saúde.

ABSTRACT

A milestone for health in Brazil was the implementation of the Programa Saúde da Família (PSF) in 1994, with the reorientation of care practices based on doctrinal and organizational principles of the Unified Health System. This system also offers integrative and complementary practices, addressing the individual in its multidimensionality, stimulating the natural healing mechanisms. They were inserted as public policy in 2006, at the same year that the PSF was changed to strategy. Both contain affinities and points that strengthen care. The objective of the article is to present this theoretical-practical approach of a narrative review, finding several premisses and tools of care shared by the approach of Primary Health Care (PHC) and by integrative and complementary practices, in addition to the practices contributing to demedicalization, access and resolution of PHC with interprofessional work, individually and collectively.

Keywords: primary health care, integrative and complementary practices, family health strategy, public health policy, unified health system.

Submissão recebida em 25 de abril de 2021.
Aceito para publicação em 13 de agosto de 2021.
Avaliado pelo sistema *Double Blind Review*

Revista da Rede APS 2021

Publicada em: 20/09/2021

DOI:10.14295/aps.v3i2.185

Lucas Gaspar Ribeiro
(Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil)

Daiane Marcondes
(Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil)

Correspondência para:

Lucas Gaspar Ribeiro
lucas.gaspar.ribeiro@usp.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, foi iniciada a fomentação e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no sistema público de saúde (BRASIL, 2006). A primeira, por meio da criação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano 1994, que evoluiu para Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 2006, se tornando a maior modalidade de ordenação da APS, no mesmo ano que a segunda foi oficializada como política, pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006).

A ESF consolidou-se como o formato de organização de equipes profissionais e de reorientação das práticas assistenciais na APS. É dentro do território, próximo à vida dos usuários, vinculado ao princípio da longitudinalidade, que a equipe contribui para melhora da qualidade de vida, proporcionando primeiro contato e o acesso à rede de saúde (BARBOSA et al., 2020).

As práticas integrativas e complementares são tecnologias que abordam a saúde do ser humano na sua multidimensionalidade física, mental, psíquica, emocional e espiritual – fortalecendo os mecanismos naturais de cura de seu organismo e busca do equilíbrio do mesmo (BRASIL, 2006).

Em 2006, a PNPIC estruturou cinco tipos de práticas integrativas e complementares: homeopatia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, uso de plantas medicinais e água termal/mineral (BRASIL, 2006). Em 2017, houve uma expansão da PNPIC para incorporar mais 14 práticas integrativas e complementares: arteterapia, medicina ayurvédica, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia integrativa comunitária e yoga (BRASIL, 2017). A última atualização foi em 2018, com a portaria nº 702, preconizou o reconhecimento e incorporação das PIC, com mais 10 novas práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação

familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2018).

Com a publicação e consolidação da PNPIC, o órgão responsável pela gestão da política foi o Departamento de Atenção Básica (DAB), desempenhando o papel de normatização, monitoramento, sensibilização e divulgação (LOSSO, 2017), o mesmo da APS no Ministério da Saúde - Brasil.

A APS e as PIC compartilham mais que a gestão do Departamento de Atenção Básica. Visto que, tanto as PIC (enquanto práticas), quanto a APS (como nível de atenção), possuem relevantes afinidades, como a abordagem integral, o cuidado centrado nos sujeitos e em seus contextos sociais/familiares, abordagem familiar e comunitária, valorização de saberes/práticas não biomédicos com diversas formas e técnicas de cuidado (BARBOSA et al., 2020).

Considerando o exposto acima, o objetivo do artigo é demonstrar através de uma revisão de literatura do tipo narrativa como a APS e as PIC possuem características em comum, com uma aproximação teórico-prática. Também é possível utilizar as práticas no modelo de cuidado da APS com alta resolutividade e desmedicalização, aumentando o acesso integral as pessoas e a equipe interprofissional.

REVISÃO DE LITERATURA

Para atingir tais fins, os autores optaram pela revisão narrativa, uma vez que, como definida por Rother (2007), a revisão narrativa de literatura busca descrever e discutir o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual, contando a análise crítica pessoal dos autores.

Foram definidas como palavras chaves “práticas integrativas e complementares” e “atenção primária à saúde”, buscando nas bases de dados Scielo, Pubmed e Google Scholar. A partir de então, foram selecionados artigos que descreviam a aplicabilidade e as potencialidades

das PIC na APS entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020. Descartando artigos repetidos, que não objetivaram com o tema proposto no título, resumo ou corpo do texto e artigos que em outras línguas além do português e inglês. Ao final, foram utilizados 18 artigos para descrever a aproximação delas.

Estudos demonstram que aproximadamente 78% da oferta das PIC está na APS, sobretudo na ESF e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (TESSER et al., 2018). Estando em consonância com as premissas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e representa avanços na sua implementação e no fortalecimento do SUS (CONTATORE et al., 2015).

Tesser considera a APS como um campo de extrema potência das PIC (TESSER; SOUSA et al., 2017; TESSER, DALLEGRAVE, 2020). Tanto que em 2016, tendo como base de informação o SIS-AB, um estudo demonstrou as PIC sendo ofertadas em 3.018 municípios, na APS (AMADO et al., 2017). Em 2018, as PIC estavam presentes em 4.159 municípios, sendo que 90% desta oferta encontrava-se na APS (AMADO et al., 2020), avaliada pela mesma base de dados. Em 2020, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 17% dos municípios brasileiros ofertam uma ou mais PIC, além disso, ao estratificar por nível de atenção, 78% encontravam-se na APS (BARBOSA et al., 2020). Isso demonstra um aumento da aplicabilidade das práticas integrativas no país, com maior volume na APS.

Estranho seria se essa maior porcentagem de oferta das PIC não estivesse na APS, visto que o papel desse nível de atenção é reorientar o modelo assistencial através da prestação de serviços e ações de saúde, norteada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, longitudinalidade e participação na comunidade. Desenvolvendo assim, práticas promotoras de saúde, uma vez que a realidade social e de saúde envolve múltiplos fatores e são processos importantes para se trabalhar o indivíduo em sua totalidade (indivíduo, família e comunidade) (AMADO et al., 2017; TESSER; DALLEGRAVE, 2020).

Desta forma, as PIC se enquadram neste contexto, pois, estão em consonância ao princípio de integralidade do cuidado à saúde, pois uma das competências do Sistema de Saúde é acolher o indivíduo em sua completude, respeitando seus conhecimentos prévios, inserção sociocultural e garantindo a integralidade do cuidado (STRAFIELD, 2002).

Um dos benefícios da APS é o de estar no território, próximo à casa dos usuários, ou até mesmo dentro delas. Uma vez que vivemos em sociedade, é inviável pensar em saúde de maneira individual. Conhecer o indivíduo em sua completude, ou seja, suas crenças, o local onde mora, qual a dinâmica familiar deste lar, qual a realidade sociocultural, quais as potencialidades, fragilidades e obstáculos presentes, proporciona um olhar mais abrangente e mais efetivo das questões de saúde e cuidado. Para que a integralidade do cuidado ocorra, é necessário reconhecer adequadamente, a variedade completa das necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

A visão integradora do homem e da natureza que aborda a integralidade do sujeito, constituída por aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais, embasa as dimensões das PIC (JUNIOR, 2017). Assim, a oferta das PIC vem contribuindo para ampliar a integralidade da assistência, uma vez que considera e aborda o indivíduo como um todo, levando em consideração aspectos investigados e valorizados pela APS, ou seja, os fatores sociais, biológicos, mentais, emocionais e espirituais.

Para alcançar uma abordagem integral é necessário conhecer o usuário em sua totalidade. Para tal, diversas ferramentas de cuidado podem ser utilizadas, como por exemplo, a visita domiciliar, as consultas de rotina e o acolhimento. Esse último é uma estratégia bastante conhecida e utilizada na ESF, justamente por ser uma ferramenta que almeja garantir o acesso e assegurar o cuidado ao usuário.

Acesso este que, também pode ser potencializado pelo uso das PIC. Estudos

demonstram que a oferta das PIC tem ampliado o acesso da população ao cuidado, de forma multiprofissional (visto que as práticas podem ser realizadas por profissionais não médicos), equalizando o acesso às consultas médicas, e assim, como consequência, também ampliando o acesso a esse profissional (AMADO et al., 2020). Sendo uma das ferramentas de entrada é o acolhimento.

Garuzi (2014) descreve o acolhimento como um atendimento com resolubilidade e responsabilização, gerando um momento de aproximação com o usuário e possibilitando o resgate de valores de solidariedade, cidadania, respeito com o outro e estabelecimento de vínculo entre os envolvidos. Os profissionais atuantes na APS realizam o acolhimento dos usuários, utilizando uma abordagem integral (considerando aspectos psicológicos e sociais) e um melhor modo de compreender a doença (BARBOSA et al., 2020).

Uma vez que o acolhimento na ESF é entendido como uma postura de escuta acolhedora do usuário, propiciando o conhecimento do mesmo em sua completude e geração de vínculo, tal ferramenta também é compartilhada pelas PIC. Como trazido por Júnior (2017), a abordagem das PIC busca preservar a globalidade do sujeito, o processo vital e social em geral. Com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração com o meio ambiente e a sociedade.

O vínculo por sua vez, guiado pela confiança entre o profissional e o usuário, é um importante preditor para estimular o autocuidado (GARUZI et al., 2014), corresponsabilizando o usuário pela sua saúde e tornando-o autor do seu próprio cuidado. O cuidado convencional na APS e várias PIC orientam técnicas de autocuidado decididas e realizadas pelas próprias pessoas ou solidariamente por sua rede de apoio social (TESSER, 2020).

As PIC têm como fundamento abordar os mecanismos naturais de cura do próprio organismo em busca do (re)equilíbrio do mesmo, assim, estimular o autocuidado é uma ferramenta potente no processo terapêutico

(BRASIL, 2006). Já é conhecido que as PIC emponderam os sujeitos no seu autocuidado, principalmente por valorizarem os saberes tradicionais e criar redes de cuidado nos territórios (AMADO et al., 2020). Além de apresentar uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (JUNIOR, 2017; TESSER; DALLEGRAVE, 2020).

Diante do exposto, os profissionais da APS, em especial da ESF e os profissionais praticantes das PIC compartilham das mesmas premissas na abordagem integral do usuário. Isso pode se relacionar com o pressuposto dos profissionais da ESF serem considerados os maiores promotores das PIC no SUS (TESSER et al., 2018; TESSER e DALLEGRAVE, 2020).

Infelizmente, pouco se sabe sobre o perfil dos profissionais praticantes das PIC. Visto que a maioria das práticas pode ser realizadas por profissionais da ESF, sem registro específico ou vínculo formal em PIC (TESSER, 2018). A partir dessa premissa, o autor propõe organização da aplicação das práticas em sistemas de saúde, dividindo em 4 formas diferentes, apresentadas a seguir.

Tesser e Sousa (2017) apresentaram uma proposta em que as PIC poderiam ser desenvolvidas dentro de um Sistema de Saúde, como dito acima. A primeira estrutura ocorre quando as práticas estão inseridas diretamente na APS através dos profissionais já atuantes na equipe/unidade, assim, o mesmo profissional pratica o modelo biomédico e o cuidado complementar/integrativo. A segunda forma é quando um profissional é contratado exclusivamente para realizar PIC na APS. Já a terceira forma existe através de matriciamento da equipe de APS. Por fim, a quarta forma é aplicada em componentes especializados do cuidado (atenção secundária e terciária).

De forma dispersa, inserida em três de quatro categorias acima, os profissionais vinculados à ESF têm sido os protagonistas das PIC no SUS. Assim, é possível inferir que as PIC aumentam a efetividade à sua prática, visto que os profissionais individualmente têm investido tempo e (em alguns casos) recursos em

formação e depois no exercício das PIC (TESSER, 2018).

Além do cuidado individual que foi apresentado acima, uma outra ferramenta de aplicabilidade das PIC é a comunidade, a partir de práticas coletivas. No ano de 2018 foram aplicadas 81.518 práticas coletivas com procedimentos em PIC, alcançando 665.853 participantes (AMADO et al., 2020). Essas práticas coletivas não são de aplicabilidade médica exclusiva, diversos profissionais diferentes podem desenvolvê-las, sendo as mais aplicadas: medicina tradicional chinesa com práticas corporais, plantas medicinais, meditação e yoga.

As práticas coletivas, também conhecidas como trabalho grupal, são uma das possibilidades de cuidado dos profissionais da APS. Os grupos, em especial os de promoção à saúde, envolvem trocas de conhecimentos, habilidades e atitudes. Representam um instrumento de intervenção coletiva e interdisciplinar, com a finalidade de construir relações sociais cooperativas para o desenvolvimento contínuo da autonomia dos seus participantes, além de serem considerados como um espaço privilegiado para a participação social, dado que propiciam a construção da rede de atenção (FRIEDRICH; PETERMANN; MIOLO; PIVETTA, 2017).

Desta forma, os grupos também são um espaço abastado para aplicação das PIC, pois os grupos existem e caminham na mesma direção que as PIC na APS, envolvendo a troca de conhecimentos, com uma abordagem horizontalizada, que valoriza os saberes sociais e incentiva a integralidade do cuidado, aumentando a autonomia dos sujeitos. Importante reforçar que usuários não vinculados à ESF podem ser os moderadores das PIC em atividades coletivas. Assim, além de propiciar um espaço de interação social e abordagem comunitária, sendo uma quinta forma de aplicação das PIC.

Acredita-se que não seja por falta de procedimentos diagnósticos, médicos ou medicamentos que estes profissionais estejam utilizando as PIC, mas sim por vontade de afirmar uma identidade de cuidado oposta à

prática hegemônica de cuidado muitas vezes realizada na APS. As PIC expressam o desejo dos profissionais de mostrar que é possível implementar outras práticas de saúde (JÚNIOR, 2017).

Inclusive, diante ampla gama de procedimentos diagnósticos, médicos e medicamentosos existentes, surgiu uma nova preocupação, a de prevenir intervenções desnecessárias aos usuários (TESSER; DALLEGRAVE, 2020). Embora possa parecer que quanto maior a variedade e a aplicação dos serviços disponíveis, melhor o cuidado, isto não é necessariamente verdade. Alguns tipos de serviços podem não ser efetivos, alguns podem ser efetivos, mas economicamente inviáveis, e outros prejudiciais, inclusive (STARFIELD, 2002).

Seguindo esta vertente, surgiu o termo Prevenção quaternária (P4), com o significado de proteger os usuários dos serviços de saúde de danos iatrogênicos e medicalização desnecessários (JAMOULLE, 2015). Como levantado por Tesser e Norman (2020), a medicalização desnecessária além de gerar a iatrogenia clínica, pode também gerar a social e cultural, com diminuição da capacidade de manejo autônomo de grande parte das dificuldades existenciais, dores e adoecimentos. Do mesmo modo, acredita-se que os médicos de família e comunidade e demais profissionais da ESF podem ajudar na desmedicalização, pela sua função de filtro na APS, sua inserção comunitária e sua opção questionadora (TESSER; NORMAN, 2020; TESSER; DALLEGRAVE, 2020).

As PIC (enquanto práticas) são uma relevante ferramenta da P4, pois podem contribuir para a desmedicalização parcial do cuidado profissional (TESSER, et al 2018; TESSER; DALLEGRAVE, 2020). Além disso, atualmente foram descritos outros sentidos atribuídos ao seu uso na P4, a saber: facilitar o autoconhecimento e o senso crítico; reduzir a medicalização e a iatrogenia (visto que mesmo as práticas medicalizantes como a fitoterapia e a homeopatia, por exemplo, podem ser consideradas menos invasivas, agressivas e iatrogênicas); pluralizar a terapêutica; otimizar a

singularização da abordagem; amplificar/diversificar os estímulos à auto cura; propiciar novos entendimentos e vias de acesso à saúde-doença (TESSER; NORMAN, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é apresentada a pluralidade de princípios norteadores e ferramentas de cuidado compartilhados pela APS e PIC, como a integralidade do cuidado, o acolhimento centrado na pessoa, o empoderamento do indivíduo no seu autocuidado, o fortalecimento do vínculo, a escuta acolhedora, a valorização da orientação comunitária, entre outros dentro do contexto do SUS especialmente. Ambas garantem isso através de tecnologias seguras, eficazes e de baixa complexidade.

Nota-se também que, paulatinamente, a APS tem aumentado a oferta das PIC, o que provavelmente está relacionado com o desejo dos profissionais de aumentar a pluralidade terapêutica, para assim alcançar o manejo complexo necessário para a abordagem do indivíduo em sua completude.

As PIC são uma possibilidade de cuidado que muito pode contribuir para resolutividade da APS, uma vez que a sua utilização não impede as práticas de cuidado tidas como “convencionais”, mas sim as complementam.

Dado o exposto, ressalta-se que é importante o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o tema, com o propósito de ampliar e estimular a discussão do fortalecimento das PIC na APS, bem como motivar os profissionais da APS que ainda possam desconhecer as potencialidades das PIC, a se aprofundarem e se apropriarem das práticas, em prol do cuidado integral da população e da maior resolutividade do serviço.

REFERÊNCIAS

AMADO D.M., et.al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *Journal of Management and Primary Health Care*. www.jmphc.com.br J Manag Prim Heal Care. 2017; 8(2):290-308.

AMADO, D. M; BARBOSA, F. E. S.; SANTOS, L. N. D.; MELO, L. T. A.; ROCHA, P. R. S.; ALBA, R. D.; Práticas integrativas e complementares em saúde. *APS em Revista*, [S.L.], v. 2, n. 3, p. 272-284, 4 set. 2020. *Lepidus Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v2i3.150>.

BARBOSA, F.E.S.; et. al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil - *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(1):e00208818.

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, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário oficial da União*, Brasília, 22 mar. 2018.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 10, p. 3263-3273, out. 2015. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00312015>.

FRIEDRICH, T. L.; PETERMANN, X. B.; MIOLO, S. B.; PIVETTA, H. M. F.; Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 22, n. 65, p. 373-385, 7 ago. 2017. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(2):144–9.

JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–3, 2015. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1064. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1064>. Acesso em: 25 abr. 2021.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. T.; Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate* | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. ESPECIAL 3, P. 171-187, SET 2017.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007. *FapUNIFESP (SciELO)*. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>.

STARFIELD, B. A Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia / Barbara Starfield. - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, I. M. C. de; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, e00150215, 2017. Available from Epub Jan 23, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150215>.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, [S.L.], v. 30, n. 86, p. 99-112, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.00100007>.

TESSER, C. D.; et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 174-188, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s112>.

TESSER, C.D.; DALLEGRAVE, D. Práticas Integrativas e Complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública* 36 (9) 04 Set 2020

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Prevenção quaternária e práticas integrativas e complementares em saúde (I). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S.L.], v. 15, n. 42, p. 2551, 22 dez. 2020. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2551](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2551).