

CONHECIMENTO, ACESSIBILIDADE E ACEITAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES POR USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM JUIZ DE FORA-MG

KNOWLEDGE, ACCESSIBILITY AND ACCEPTANCE OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES BY USERS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN JUIZ DE FORA-MG

Gustavo LC ^{1a}

Alexandre Augusto Macedo Correa ¹

Ariel Gualtierrl ²

¹ Discente do curso de Psicologia da FAGOC

² Docente da UCES

RESUMO

Objetivo: O estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento, o acesso e a aceitação das Práticas Integrativas e Complementares pelos usuários do Sistema Único de Saúde da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado entre julho e setembro de 2017. A amostra foi composta por usuários do Sistema Público de Saúde, totalizando 150 participantes. O questionário avaliou três dimensões de avaliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares: nível de conhecimento, acessibilidade e aceitação. **Resultados:** A amostra foi composta por 90 mulheres (60%) e 60 homens (40%) com média de idade de 42,7 (\pm 17,2) anos. Quanto ao nível de conhecimento, 68,7% responderam que conhecem alguma prática integrativa; 38,8% relataram conhecer alguém que já utilizou algum dos serviços avaliados; e 21,5% afirmaram que sim. Sobre o nível de

* E-mail: gustavo.camargos@fagoc.br



acessibilidade: 19,2% relataram já ter utilizado. Por fim, quanto ao nível de aceitação, 53,9% apresentaram interesse em utilizar alguma das práticas listadas, e 96% admitiram que gostariam que alguma das práticas fosse oferecida pelo SUS. **Conclusão:** Existe um bom nível de conhecimento sobre os tipos de serviços oferecidos pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares aos usuários do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. No entanto, percebe-se baixa utilização desses serviços, o que poderia estar associado a diversos fatores.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Terapias Complementares. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: The objective of this work was to evaluate the level of knowledge, access and acceptance of Integrative and Complementary Practices by users of the Unified Health System in Juiz de Fora, Minas Gerais. **Methodology:** This study is addressed as a cross-sectional and descriptive study conducted between July and September 2017. The sample space was composed by users of the Public Health System, in a total of 150 participants. The survey form evaluated three dimensions of evaluation of access to Integrative and Complementary Practices, such as level of knowledge, accessibility and acceptance. **Results:** The sample space was consisted of 90 women (60%) and 60 men (40%) with a mean age of 42.7 (\pm

17.2) years. As for the knowledge level, the study was divided into three groups: 68.7% answered that they know some integrative practice; 38.8% reported knowing someone who has used any of the services evaluated; and 21.5% said yes. As for the level of accessibility, the outcome was: 19.2% reported that they have already used. Finally, at the level of acceptance, 53.9% showed interest in using some of the practices listed and 96% reported that they would like some of these practices be offered. **Conclusion:** There is a good level of knowledge about the types of services offered by the National Policy of Integrative and Complementary Practices to users of the Unified Health System of Juiz de Fora. However, low utilization of them is perceived, which could be associated to several factors.

Keywords: Health Services Accessibility. Complementary Therapies. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Uma das principais lutas sociais travadas em prol da melhoria e garantia dos serviços públicos de saúde foi a da promoção do acesso a esses serviços. Após a 2ª Guerra Mundial, as discussões sobre uma política de saúde de acesso universal se intensificaram (WHO, 2005), no entanto a implementação desse modelo no Brasil não se fez acompanhar pela aplicação prática dos princípios da igualdade e da equidade em saúde (Gunning-Schepers, Stronks, 1999). Estes, embora muitas vezes utilizados como sinônimos, representam duas diretrizes diferentes, sendo a igualdade um princípio associado ao atendimento e a equidade à distribuição dos recursos (Zoboli et al., 2010).

A assimetria dos determinantes de saúde como moradia, alimentação, habitação, local de trabalho e lazer, estilo de vida, bem como fatores econômicos e educacionais, contribuíram para o aumento das desigualdades sociais, o que reflete na forma como as pessoas procuram

um atendimento em saúde (Gunning-Schepers, Stronks, 1999). Essa iniquidade social, para alguns autores, contribui para uma desigualdade no acesso aos serviços públicos, como, neste caso aos serviços de saúde, sendo denominado por estes como “iniquidade em saúde” (McIntyre, Mooney, 2007; Sanchez, Ciconelli, 2012; Fiorati et al., 2016).

No Brasil, em maio de 2006, foram publicadas as diretrizes e responsabilidades para implantação e implementação das ações e serviços de Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Foi implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que incluía, no rol de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quatro novas práticas de atendimento (Fontanella et al., 2007). Ao longo dos anos, novas portarias surgiram até que, em janeiro de 2017, a nova portaria ampliou o número de serviços ofertados pela PNPIC para 18 práticas integrativas.

A aplicação e atualização dos serviços da PIC representam uma grande mudança no paradigma biomédico do processo de saúde-doença. No entanto, apenas a implantação desses serviços não garante o acesso da população usuária do SUS, já que a aquisição de determinado tipo de atendimento em saúde é influenciado por diversos fatores (Fontanella et al., 2007).

O conceito de acesso é complexo, envolvendo vários aspectos que descrevem a adequação entre os clientes e o sistema de cuidados de saúde, tais como: disponibilidade (relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte, relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados, podendo ainda ser entendido como acessibilidade); aceitabilidade (natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais); capacidade de pagamento (relação entre custo de utilização dos serviços de saúde e capacidade de pagamento dos indivíduos); informação (grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional

de saúde; garantia de informação adequada ao usuário sobre os procedimentos e serviços existentes para a sua utilização) (McIntyre, Mooney, 2007). A avaliação dessas dimensões permite identificar a existência de equidade ou iniquidade no acesso aos serviços de saúde (Aday, Andersen, 1974; Sanchez, Ciconelli, 2012).

Contudo, ao se avaliar em específico o acesso aos serviços das PICs, Fontanella et al. (2007) destacam três dimensões para análise desse acesso: o nível de conhecimento da população em relação às PICs em saúde, sua aceitação por parte dos usuários e sua acessibilidade aos serviços disponíveis. Essas dimensões compõem critérios de avaliação do acesso a esses serviços, de acordo com McIntyre e Mooney (2007).

Com base nisso, o presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento (informação), a acessibilidade e a aceitação das PICs pelos usuários da Atenção Primária à Saúde da cidade de Juiz de Fora, MG.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional de caráter descritivo, realizado na cidade de Juiz de Fora, MG, no período de julho a setembro de 2017. Para a realização do procedimento de coleta de dados, houve a aprovação da Comissão de ética e Pesquisa (CEP) da FAGOC, protocolo nº 2.096.545, que está devidamente ligado ao Conselho Nacional de ética e Pesquisa (CONEP).

A coleta de dados ocorreu em dez bairros da cidade que possuíam Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), selecionados aleatoriamente. Para formação da amostra, utilizou-se a metodologia probabilística, em que qualquer indivíduo residente do bairro poderia fazer parte, desde que respeitasse os critérios de inclusão. Para isso, adotou-se como critérios: ser morador do bairro, ser maior de 18 anos, ter utilizado algum serviço da sua UAPS nos últimos 12 meses, independentemente do caráter do atendimento. Assim, a amostra foi composta apenas por usuários do Sistema Público de

Saúde (SUS), de ambos os sexos, totalizando 150 participantes, sendo 15 em cada bairro, não havendo interferência direta do pesquisador.

Após as devidas explicações e o aceite da participação, cada indivíduo assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a caracterização da amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico, contendo questões referentes a gênero (sexo), idade, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar, número de residentes no domicílio, tipo de moradia, etnia e religião. Além dessas questões, o entrevistador aplicou um questionário “fechado”, com questões relacionadas à PIC em saúde.

O questionário utilizado, proposto por Fontanella et al. (2007) apresenta um total de seis questões referentes a três dimensões de avaliação do acesso às PICs: nível de conhecimento, composto pelas perguntas 1, 2 e 3; acessibilidade, representado pela questão 4; e aceitação, associado às questões 5 e 6. Cada questão apresenta duas possibilidades de respostas, sim ou não. As questões utilizadas no questionário são, na ordem: 1) Você conhece?; 2) Você conhece algum especialista nesta área?; 3) Você conhece alguém que já utilizou?; 4) Você já utilizou?; 5) Você tem interesse em utilizar?; e 6) Você gostaria que essa prática fosse incluída no SUS?

Para a composição do questionário, deve-se selecionar os serviços das PICs que se deseja avaliar. Para isso, foi utilizado a nova Portaria nº 145/2017, publicada no dia 13/01/2017 no Diário Oficial da União, que ampliou os procedimentos oferecidos pela PNPICs. Com esta resolução, o SUS passou a oferecer um total de 18 práticas integrativas, todas elas utilizadas na composição do questionário. No entanto, a massoterapia e a automassagem foram agrupadas em um único tópico.

Para avaliação dos dados, foram realizadas análises descritivas para cada procedimento avaliado em frequência e percentual na amostra geral. Além disso, foi calculada a média por questão avaliada e, por fim, foram criadas classificações baseadas no percentual encontrado: de 0 a 20% (Muito pouco); 20,1 a 40% (Pouco); de 40,1 a 60%

(Razoavelmente); de 60,1 a 80% (Bom/Bem) e 80,1 a 100% (Muito).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 90 mulheres (60%) e 60 homens (40%) com média de idade de 42,7 (\pm 17,2) anos. Quanto ao estado civil, 21% (31) eram como solteiros, 55% (83) casados, 13% (19) viúvos e 11% (17) outros. Dos entrevistados, 1% (2) relatou ser analfabeto, 15% (23) alegaram ter 1º grau incompleto, 5% (8) 1º grau completo, 10% (15) 2º grau incompleto, 44% (66) 2º grau completo, 11% (17) superior incompleto, 9% (14) superior completo e apenas 3% (5) pós-graduação.

Com relação à renda, em salários mínimos, 10% (15) afirmaram ter uma renda familiar total de até 1 salário mínimo, 51% (77) de 1 a 3 salários mínimos, 31% (46) de 3 a 5 salários

mínimos, 5% (8) de 5 a 8 salários mínimos, 1% (1) de 8 a 10 salários mínimos e 2% (3) mais de 10 salários mínimos. Sobre a quantidade de pessoas residentes no domicílio, 8% (12) das residências possuem somente 1 pessoa, 20% (30) 2 pessoas, 25% (38) 3 pessoas, 24% (36) 4 pessoas, 14% (21) 5 pessoas, 5% (8) 6 pessoas, 2% (3) 7 pessoas, 1% (1) 8 pessoas e 1% (1) 9 pessoas. 38% (57) dos participantes residem de aluguel, 25% (38) possuem moradia própria e 38% (57) mencionaram outra forma de moradia.

Quando indagados sobre a cor de sua pele, 37% (55) se auto referiram como brancos, 25% (38) como negros e 38% (57) como pardos. Por fim, 1% (1) se designou como budista, 61% (73) católicos, 11% (13) espíritas, 24% (29) evangélicos e 3% (4) umbandistas.

Para melhor entendimento das variáveis principais do estudo, os resultados serão descritos através das três dimensões avaliadas, com demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Dados descritivos das Dimensões Avaliadas (n=150)

PICs	Conhecimento			Acesso	Aceitação	
	C1%	C2%	C3%	As1%	Ac1%	Ac2%
Fitoterapia	20,7	12,7	7,3	7,3	32,7	63,3
Acupuntura	49,3	24,7	14,0	11,3	40,7	68,7
Homeopatia	67,3	41,3	22,0	24,7	47,3	74,0
Medicina antroposófica	11,3	4,7	3,3	3,3	26,7	56,7
Termalismo	3,3	2,0	2,0	0,0	26,7	55,3
Arteterapia	22,0	8,0	4,0	0,7	34,7	63,3
Meditação	58,7	35,3	16,7	14,7	43,3	72,7
Musicoterapia	19,3	12,0	2,7	4,0	30,7	63,3
Naturopatia	7,3	2,7	2,7	1,3	28,0	56,7
Osteopatia	18,7	9,3	7,3	4,0	28,7	56,0
Quiropraxia	3,3	2,0	2,0	0,7	21,3	48,7
Reike	46,7	25,3	13,3	6,0	39,3	64,7
Terapia comunitária	52,7	30,0	20,0	6,7	38,0	74,7
Dança circular	13,3	7,3	2,0	0,7	28,7	60,0
Yoga	58,0	34,7	20,0	13,3	45,3	73,3
Massoterapia	30,7	15,3	8,7	10,0	39,3	62,7
Auriculoterapia	22,0	12,0	6,7	2,0	34,0	59,3

Fonte: o próprio autor.

Quando indagados se conhecem ou se já ouviram falar (C1) de alguma prática integrativa, 68,7% responderam que sim. Desses, 7 foram muito pouco conhecidas (quiropraxia, termalismo, naturopatia, medicina antroposófica, dança circular, osteopatia e musicoterapia), 4 pouco conhecidas (fitoterapia, arteterapia, auriculoterapia e massoterapia/automassagem), 5 razoavelmente conhecidas (reiki, acupuntura, terapia comunitária, ioga e meditação) e apenas 1 bem conhecida, sendo esta, a homeopatia. Não houve nenhuma prática no grupo muito bem conhecida.

Dos entrevistados, 38,8% relataram conhecer alguém que já utilizou algum dos serviços avaliados (C2), sendo que nas categorias que representam o nível bom e muito bom de conhecimento não foi registrada nenhuma prática avaliada. A homeopatia apresentou nível razoável de conhecimento, enquanto que a acupuntura, a meditação, a reiki, a terapia comunitária e a ioga apresentaram pouco nível de conhecimento. As demais práticas (12) corresponderam a muito pouco nível de conhecimento.

Diante da terceira pergunta, que indagou se conhecem algum especialista (C3), 21,5% afirmaram que sim. Ao serem classificadas quanto ao nível de conhecimento, apenas 1 apresentou pouco nível de conhecimento (homeopatia) e 94,1% (demais práticas) apresentaram muito pouco nível de conhecimento.

Na dimensão de acessibilidade, foi questionado se os usuários já haviam utilizado algum dos serviços listados (As1), e 19,2% relataram já ter utilizado. Dentre as práticas, a homeopatia obteve os maiores escores de utilização (24,7%), porém foi classificada como pouco nível de acessibilidade. As demais práticas foram classificadas como muito pouco nível de acessibilidade.

Questionados se tinham interesse em utilizar algum dos serviços listados (AC1), 53,9% afirmaram que sim. Ao avaliar em separado cada uma das práticas, percebemos que homeopatia, ioga, meditação e acupuntura foram razoavelmente citadas, enquanto as demais foram pouco citadas.

Por fim, 96% dos avaliados relataram que gostariam que alguma das práticas fosse oferecida pelo SUS. Terapia comunitária, homeopatia, ioga, meditação, acupuntura, reiki, fitoterapia, arteterapia, musicoterapia e massoterapia/automassagem foram muito citadas. As demais foram razoavelmente citadas.

DISCUSSÃO

Para a elaboração e efetivação de qualquer política associada à saúde, é necessário realizar um diagnóstico prévio de cada população, com o objetivo de se entender quais são suas principais demandas. Além disso, torna-se importante avaliar os aspectos que influenciam no acesso aos serviços ofertados. Com essas informações, é possível determinar a inclusão de serviços que atendam às necessidades de determinada comunidade.

Em nosso estudo, foi possível perceber um grande número de usuários que conhecem alguma das práticas atualmente oferecidas pela PNPIC. Dos 150 avaliados, 68,7% afirmaram conhecer pelo menos uma das práticas listadas, diferentemente do encontrado por Fontanela et al. (2007), os quais, em seu estudo, avaliaram apenas 12 práticas, enquanto, no presente estudo, foram avaliadas 18.

Nascimento-Júnior et al. (2016) alegam que o nível de conhecimento de uma prática na área de saúde influencia diretamente na procura ou acesso a esse serviço, contudo, em nossa amostra, apenas 19,2% afirmaram já terem utilizado alguma das práticas, o que sugere que existam outros fatores que determinam a utilização ou não de determinado tipo de serviço. Sendo assim, a escolha de uma prática não se baseia apenas no nível de conhecimento sobre ela, mas também na necessidade e expectativa, nas crenças religiosas, culturais, sociais, econômicas, dentre outras (Almeida et al., 2000; Azevedo et al., 2004). Isso demonstra a necessidade de maior divulgação e esclarecimento sobre as PICs, seja para os usuários, seja para os profissionais

da Atenção Primária à Saúde (APS) (Elias, Alves, 2002; Azevedo et al., 2004), que atuam como referência na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Outro fator que irá determinar o acesso a algum serviço é sua distribuição e organização. Na cidade de Juiz de Fora, os serviços da PIC ocorrem em um só local, de forma centralizada, podendo limitar o acesso a eles. Além disso, os serviços ofertados são apenas a homeopatia e a acupuntura (Estreça, Campos, 2018), o que pode restringir as opções para escolha dos usuários, bem como maior dificuldade para obtenção de vagas para atendimento. No caso da homeopatia, o setor de PIC possui 8 médicos homeopatas; além disso, duas UAPS da cidade oferecem atendimento de homeopatia com um profissional devidamente qualificado em cada (Elias, Alves, 2002). Isso pode justificar o fato de a homeopatia ter sido a mais conhecida (67,3%) e a mais utilizada (24,7%) pelos usuários avaliados.

A aceitabilidade de um determinado tratamento também parece influenciar na decisão de sua escolha, já que esta se apresenta diretamente associada ao quão confiante o usuário em relação ao serviço (McIntyre, Mooney, 2007; Travassos 2008). Nossos resultados demonstraram que 53,9% dos usuários avaliados tiveram interesse em utilizar algum dos serviços listados. A grande maioria dos usuários (96%) afirmou que gostaria que alguma das práticas fosse oferecida pelo SUS. Essa informação se torna relevante ao percebemos que, mesmo relatando não conhecer determinada prática, há o interesse no oferecimento dela. Talvez o que justifique esse fato seja o interesse em ter serviços de saúde disponíveis, ainda que não o conheçam, como uma forma de obter um direito de poder usufruir de determinado atendimento quando e se conveniente.

Quando questionados se conheciam algum especialista dos serviços, apenas 21,5% afirmaram que sim. Isso reforça uma possível barreira ao acesso, podendo ser justificado por: falta de profissionais especializados, baixa oferta desses serviços, pouco interesse dos outros profissionais

em encorajar e encaminhar os pacientes para esses atendimentos, bem como preconceito em relação a eles devido ao baixo conhecimento (Fontanela et al., 2007). Essa hipótese pode ser corroborada por Gontijo e Nunes (2015), que buscaram identificar o conhecimento e a credibilidade sobre as PICs e a PNPIC por parte dos profissionais de saúde de nível superior do serviço público de três municípios brasileiros. Segundo eles, os profissionais, além de desconhecerem a PNPIC, conhecem parcialmente as PICs, atribuindo pouca credibilidade a suas práticas. Muitas vezes as PIC são marginalizadas por outros profissionais de saúde, que, devido à falta de conhecimento e interesse, desencorajam os pacientes a procurar tal serviço (Azevedo et al., 2004; Elias, Alves, 2002; Monteiro, Iriart, 2007).

Tesser (2012) aponta que um dos grandes problemas encontrados para a legitimação da PNPIC é a reduzida oferta de cursos de ensino que capacitem os profissionais da saúde com uma visão integral do processo saúde-doença em concordância com os princípios gerais do SUS. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca das PICs possibilita maior empoderamento do indivíduo para que este participe na escolha do tratamento, baseado nas várias opções existentes (Elias, Alves, 2002; Thiede, McIntyre, 2008). Essa disponibilidade de conhecimento pode ser um dos fatores mais importantes para se promover o atendimento adequado no momento adequado, ou seja, para se aplicar o princípio de equidade (Perlow, 2010).

CONCLUSÃO

Os dados obtidos no estudo permitem concluir que existe um bom nível de conhecimento sobre os tipos de serviços que são oferecidos pela PNPIC aos usuários do SUS de Juiz de Fora, MG. No entanto, percebe-se uma baixa utilização, o que poderia estar associado a diversos fatores, como nível de conhecimento e interesse dos profissionais e dos usuários, a disponibilização de informações sobre os serviços, a facilidade na marcação e deslocamento para o atendimento,

dentre outros. Além disso, foi possível perceber que metade da amostra apresentou interesse no uso e implementação dessas práticas ao SUS, demonstrando um razoável nível de aceitabilidade.

A fim de ampliar o conhecimento e aumentar a credibilidade das PICs, é necessário maior produção de pesquisas na área e maior divulgação de seus resultados, bem como ampliação e efetivação dos serviços oferecidos pela PNPIC. A aquisição de informações se torna peça chave para a escolha oportuna do tratamento.

Dessa forma, recomendam-se mais estudos semelhantes em outras comunidades para melhor entendimento dessas variáveis. Além disso, cabe o levantamento de questões associadas ao interesse por parte dos profissionais da APS na indicação aos usuários para a utilização das PICs.

REFERÊNCIAS

Abreu SSE, Caldas CP. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev. Bras. Fisioterapia*, jul/ago. 2008; 12(4):324-330.

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.

Almeida AM, Almeida TM, Gollner AM. Cirurgia espiritual: uma investigação. *Rev Ass Med Brasil*. 2000; 46(3):194-200.

Azevedo AM, Alonso NB, Caboclo LOSF, Westphal AC, Silva TI, Muszkat RSA, et al. O Uso da Medicina Alternativa e Complementar por Pacientes com Epilepsia: Risco ou Benefício? *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2004;10(4):201-04.

Elias MC, Alves E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2002;48(4):523-32.

Estreça WL, Campos NM. Departamento de Práticas Integrativas e Complementares/SUS PJF - Relato de experiência em Homeopatia. Universidade Federal de Juiz de Fora. [acesso em 16 jul. 2018; Disponível em: <<http://www.ufjf.br/integralidade/colaboradores/colaboradores-externos/dpic/>>.

Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2016; (24):e 2687.

Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *Arq Catarinenses de Med*. 2007, (36) 2.

Gontijo MBA, Nunes MF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2015.

Gunning-Schepers LJ, Stronks K. Inequalities in health: future threats to equity. *Acta Oncol*. 1999;38(1):57–61. McIntyre D, Mooney G, eds. *The economics of health equity*. New York: Cambridge University; 2007.

Monteiro DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(8):1903-1912, ago. 2007.

Nascimento-Júnior BJ, Tínel LO, Silva ES, Rodrigues LA, Freitas TON, Nunes XP, Amorim ELC. Avaliação do conhecimento e percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre o uso de plantas medicinais e fitoterapia em Petrolina-PE, Brasil. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Campinas. 2016;(18)1, 57-66.

Perlow E. Accessibility: global gateway to health literacy. *Health Promot Pract*. 2010 Jan;11(1):123-31.

Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260–8.

Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Púb*, Rio de Janeiro. 2012;(25):8, 1.732-1.734.

Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saude Publica*. 2008 May;24(5):1168-73.

Travassos C. Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1159-61.

World Health Organization. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva: WHO; 2005.

Zoboli ELCP, Francolli, LA, Granja GF. Equidade no SUS: em construção uma concepção política de justiça em saúde. *Revista BioEthikos – Centro Universitário São Camilo*, 2010;4(2):180-188.