



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

SÔNIA DE CASTRO S. THIAGO

**MEDICINAS E TERAPIAS COMPLEMENTARES NA VISÃO
DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
FLORIANÓPOLIS**

**Florianópolis
2009**

SÔNIA DE CASTRO S.THIAGO

**MEDICINAS E TERAPIAS COMPLEMENTARES NA VISÃO DE
MÉDICOS E ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
FLORIANÓPOLIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador:

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

**Florianópolis
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S853m S.Thiago, Sônia de Castro
Medicinas e terapias complementares na visão de médicos
e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis
[dissertação] / Sônia de Castro S.Thiago ; orientador,
Charles Dalcanale Tesser. - Florianópolis, SC, 2009.
148 f.: grafs., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Medicina da família e comunidade. 4. Terapias
complementares. I. Tesser, Charles Dalcanale.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU 614



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“Medicinas e terapias complementares na visão de
médicos e enfermeiros da Saúde da Família de
Florianópolis”**

AUTOR: Sônia de Castro S. Thiago

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
(Presidente)

Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros
(Membro)

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros
(Membro)

Profa. Dra. Sandra Noemi C. Caponi
(Suplente)

A doença ainda é vista como algo separado do ser humano, visão de saúde fragmentada. [] Isso constrói um conceito de saúde baseado em exames e medicamentos. Então esse conceito de saúde é que a gente pode ajudar a desconstruir. Mas nós profissionais de saúde é que devemos ter certeza que a gente pode desconstruir se a gente quiser – dependendo de qual modelo de saúde que a gente deseja para a nossa população. E (c).

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos aos amigos e professores do mestrado que tornaram esta jornada possível, instrutiva e muito, muito agradável.

Ao meu orientador Charles Tesser pela paciência e atenção.

Aos amigos que contribuíram para a realização desta dissertação: Fernando Wehrmeister, Carlos Eduardo Pinheiro (Maninho), Cláudia Bruck Marçal, Elke Cordeiro. À Ana Lúcia Muller, Márcia S.Thiago Rosa, à minha sobrinha Júlia Beck e ao meu irmão Saulo.

Aos meus familiares e à minha querida filha Sarah, que compreenderam a importância pessoal desta realização e deram apoio em todos os sentidos.

E, principalmente, aos profissionais que participaram desta pesquisa, em especial àqueles que se dispuseram, com muita boa vontade, a serem entrevistados.

A todos, minha gratidão.

RESUMO

Esta dissertação de Mestrado em Saúde Pública teve como motivação a observação do aumento recente da demanda por terapias complementares no mundo, o que torna relevante a geração de informações sobre o tema no Brasil. A Organização Mundial da Saúde vem preconizando a inclusão destas práticas nos sistemas públicos de saúde dos países desde 1978, recomendação referendada no Brasil em 1986. As experiências no país, neste sentido, vêm sendo desenvolvidas em ritmo crescente, porém de forma desigual e descontinuada devido à ausência de diretrizes específicas. Somente em maio de 2006 foi lançada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual recomenda a inclusão de algumas destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), a sensibilização e formação de profissionais neste campo e o fomento de pesquisas na área. Com o objetivo de explorar a opinião de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Florianópolis sobre essas práticas e sua inclusão no SUS, foi realizada uma pesquisa de caráter quali-quantitativa entre setembro e dezembro de 2008. Um questionário fechado auto aplicado foi preenchido por 94,2% dos profissionais da rede e seus dados sofreram análise estatística, uma pergunta aberta do instrumento teve tratamento qualitativo. Foram realizadas também entrevistas com uma amostra intencional de nove profissionais, as quais foram submetidas à análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Dos 177 profissionais, 88,7% desconhecem as diretrizes nacionais para a área. Porém 81,4% concordam com a inclusão das PIC no SUS, e os mais favoráveis são os enfermeiros e os profissionais usuários de homeopatia. É grande o desconhecimento sobre as práticas apresentadas, mas a maioria (59,9%) revelou interesse em fazer capacitação nesta área. Todos os profissionais concordaram que estas práticas deveriam ser abordadas nos cursos da área da saúde. A questão aberta suscitou comentários de 70 profissionais, principalmente sobre o interesse em fazer capacitação na área e reforçando a opinião favorável à inclusão no SUS. Nas entrevistas foram identificados seis núcleos temáticos nos quais o interesse do profissional pelas PIC está vinculado a contato prévio com as PIC, seja na família seja com outros profissionais, o interesse da comunidade pelas PIC tem relação com a cultura local e com a experiência como usuária destas práticas, as PIC são vistas como benéficas à saúde e permitem complementaridade terapêutica além de melhorarem a relação médico-paciente, a inserção no SUS é um direito dos pacientes e aumentam a resolutividade da atenção primária. Como dificuldades a esta inserção forma apontadas, entre outras, a insuficiência de profissionais habilitados e a falta de projeto para a área, sendo necessário, portanto, projetos específicos para a implantação das PIC no SUS e a inclusão deste tema nos currículos da área da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados não são suficientes para explicar a razão das contradições encontradas neste estudo. O interesse em realizar uma capacitação na área, pode estar relacionado justamente ao desconhecimento sobre as PIC e à ausência deste tema na graduação e na pós-graduação, além da

visão que têm de que estas práticas estão baseadas em entendimento mais amplo de saúde-doença, o que propiciaria um cuidado diferenciado aos seus pacientes. Estes resultados sugerem que a implantação das PIC no município estaria na dependência apenas de um projeto político local para a área e contaria com o apoio de sua rede básica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Medicina da Família e Comunidade. Terapias Complementares.

ABSTRACT

This master dissertation had as a major motivation, the observation of an increasing interest for complementary therapies in the world, fact that makes relevant the development of researches concerning this subject in Brazil. The World Health Organization has been extolling the inclusion of these practices in the health public systems of the countries since 1978, recommendation endorsed in Brazil in 1986. The experiences in this country, concerning this matter, have been carried out in a crescent but discontinuous and unequal way due to the lack of specific policies. Only in May of 2006 was created the national policy of integrative and complementary practices (PNPIC), which recommends the inclusion of some of these practices in the Unified Health System (SUS), the sensibilization and formation of professionals in this area and the stimulation of development of researches. Aiming to investigate the opinion of doctors and nurses of The Family Health Strategy from Florianopolis about these practices and their inclusion in the Unified Health System (SUS), a quali-quantitative survey was carried out from September to December of 2008. A closed self applied questionnaire was answered by 94% of the municipal district basic system professionals, and the collected data have gone through statistical analysis. Moreover, one open question of the instrument has gone under qualitative analysis. Interviews with an intentional sample of nine professionals were performed, and have gone through content analysis. Results: 88,7% out of 177 professionals ignore the national policies towards the area. However, 81,4% agree with the inclusion of PIC in SUS, and the most favorable are the nurses and the homeopathy users professionals. Although the lack of information concerning such practices has been considerable, the majority (59,9%) revealed high interest in taking a specializing course in the area. The open question resulted in comments of 70 professionals, users of homeopathy, mainly concerning the interest in taking a specializing course, reinforcing the favorable opinion to their inclusion in SUS. In the interviews, six thematic nucleus were identified in which the interest of the professional in PIC is directly related to a previous contact of these professionals with such practices, both through the family and through other professionals, the interest of the community in PIC is connected to local cultural traits and to the experience of this community as a current user of these practices, PIC are seen as beneficial to health and allow therapeutic complementation besides improving the relationship between doctor and patient. The inclusion of these practices in SUS is a right patient's right and it increases the solution of problems related to primary health care. Some of the mentioned reasons concerning this inclusion are among others, the insufficient number of qualified professionals and the lack of a project for the area. Thus, it is necessary the development of specific projects for the implementation of PIC in SUS and the inclusion of this topic in the health course syllabuses. Final Remarks: The information collected from the data is not sufficient to explain the contradictions found in this study. The manifested interest in taking up a

specializing course in the area may be connected to the lack of information related to complementary therapies and to the absence of this subject in graduation and post-graduation courses besides their view that such practices are based on a broader understanding concerning health-disease, which would lead to a differentiated care for their patients. These results suggest that the implementation of complementary therapies in the city would depend on a local political project for the area and would rely on the support of its Primary Health Care system.

Key-words: Primary Health Care. Public Health. Family and Community Medicine. Complementary Therapies.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Comparativo do número de municípios brasileiros que ofereciam Práticas Integrativas e Complementares em 2004 e 2008.....	43
Quadro 2: Nome, operacionalização e categorização das variáveis relativas às características individuais investigadas.	54
Quadro 3: Nome, operacionalização e categorização das variáveis relativas às características profissionais investigadas.	55
Quadro 4: Relação das Práticas Integrativas e Complementares oferecidas em novembro de 2008, por UBS, Florianópolis, Santa Catarina.	62
Quadro 5: Relação das categorias e subcategorias de análise do conjunto das entrevistas com médicos e enfermeiros da ESF, Florianópolis, 2009.	76
Tabela 1: Caracterização da amostra: perfil dos médicos e enfermeiros de Estratégia Saúde da Família de Florianópolis, Santa Catarina, novembro de 2008.	60
Tabela 2: Distribuição da amostra segundo a percepção sobre as PIC de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Florianópolis, Santa Catarina, 2008.	61
Tabela 3: Associação entre variáveis de exposição e interesse por PIC dos médicos e enfermeiros de ESF, Florianópolis, Santa Catarina. Novembro, 2008.	63
Tabela 4: Associação entre variáveis de exposição e concordância com a inclusão de PIC no SUS. Médicos e enfermeiros de Estratégia Saúde da Família, Florianópolis, Santa Catarina. Novembro, 2008.....	64
Tabela 5: Distribuição do número e porcentagem de profissionais de ESF segundo o grau de recomendação/encaminhamento ou prescrição de algumas Práticas Integrativas e Complementares, Florianópolis, 2008.....	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
3 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	25
3.1 Conceitos e definições.....	25
3.1.1 Homeopatia	27
3.1.2 Medicina Tradicional Chinesa.....	29
3.1.3 Acupuntura.....	30
3.1.4 Plantas Medicinais.....	31
3.1.5 Fitoterapia	32
3.1.6 Termalismo social	33
3.1.7 Medicina Antroposófica.....	34
3.2 A difusão das PIC no mundo.....	35
3.3 O uso das PIC na atenção primária	37
3.4 As justificativas para a difusão.....	44
3.5 PIC no SUS e integralidade.....	47
4 MÉTODO.....	51
4.1 Tipo de pesquisa.....	51
4.2 Cenário da pesquisa.....	51
4.3 Universo e amostra.....	52
4.4 Coleta de dados	53
4.4.1 Teste Piloto do questionário	53
4.4.2 Variáveis	54
4.4.3 Operacionalização	55
4.5 Processamento dos dados	56
4.5.1 Análise estatística dos dados	56
4.5.2 Análise das entrevistas	56
4.6 Limitações do estudo.....	57
5 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
6 RESULTADOS DA PESQUISA EXPLORATÓRIA.....	59
6.1 Resultados da questão aberta.....	67

6.1.1 A favor da inclusão das PIC no SUS (28 comentários)	67
6.1.2 Reforçando o interesse pelas PIC (23 comentários).....	68
6.1.3 Ressaltando a importância do tema (21 comentários).....	69
6.1.4 Associando as PIC com benefícios para a saúde (17comentários)	70
6.1.5 Discutindo o envolvimento da comunidade (8 comentários).....	71
6.1.6 Apresentando discordâncias e ressalvas (6 comentários).....	72
6.1.7 Apontando a necessidade de inclusão das PIC nos cursos da área da saúde (5 comentários)	72

7 RESULTADO DAS ENTREVISTAS..... 74

7.1 Os entrevistados	74
7.2 Categorização.....	75
7.2.1 O despertar do interesse pelas PIC.....	77
7.2.1.1 Decorrente da História Familiar.....	77
7.2.1.2 Instigado pelos Bons Resultados Obtidos pelos seus Pacientes	77
7.2.1.3 Devido ao Contato com Profissionais que Praticam PIC	78
7.2.1.4 Conseqüente à Experiência Enquanto Usuário de PIC	79
7.2.1.5 Movido pelo Desejo de Conhecer as Práticas Populares	80
7.2.1.6 Decorrente da Insatisfação com a Biomedicina	82
7.2.2 Percepção Sobre o Interesse da Comunidade por PIC	83
7.2.2.1 Devido à Cultura Familiar e Comunitária	83
7.2.2.2 Decorrente da Experiência Enquanto Usuária das PIC	85
7.2.3 Noções dos Profissionais sobre as PIC	87
7.2.3.1 Possibilitam Complementaridade Terapêutica.....	87
7.2.3.2 Beneficiam a Saúde dos Usuários	88
7.2.3.3 Incentivam a Autonomia do Paciente	89
7.2.3.4 Melhoram a Relação Médico-Paciente	90
7.2.3.5 Refletem um Entendimento Ampliado de Saúde	91
7.2.3.6 Tem Eficácia Terapêutica	93
7.2.3.7 Atuam na Prevenção de Doenças.....	94
7.2.4 Justificativas para Inserção Efetiva das PIC no SUS	94
7.2.4.1 Direito ao Acesso às Diversas Práticas Terapêuticas	94
7.2.4.2 É Economicamente Viável.....	96
7.2.4.3 Aumentam a Resolutividade na Atenção Primária	97
7.2.4.4 Propiciam a Desmedicalização	98
7.2.4.5 Têm a Aceitação dos Profissionais da Rede.....	99
7.2.4.6 Incentivam a Participação Comunitária	100
7.2.5 Dificuldades para Inserção das PIC na rede.....	101
7.2.5.1 Número Insuficiente de Profissionais Habilitados na Rede	101
7.2.5.2 Excesso de Demanda por Equipe de Saúde de Família.....	102

7.2.5.3 Inexistência de Insumos Necessários a Algumas Práticas.....	102
7.2.5.4 Falta de um Projeto para a Constituição da Farmácia Homeopática	103
7.2.5.5 Desconhecimento a Respeito das PIC pelos Profissionais da rede	105
7.2.5.6 Conseqüente à Hegemonia da Biomedicina e da Força da Indústria de Medicamentos	105
7.2.5.7 Falta de um Projeto para a Implantação das PIC na Rede.....	107
7.2.5.8 Fragilidade do Controle Social.....	107
7.2.6 Propostas e Necessidades para Inserção das PIC na Rede	109
7.2.6.1 Sistematização para Uso, Aplicação e Difusão	109
7.2.6.2 Inserção em Todos os Níveis de Atenção à Saúde	110
7.2.6.3 Inserção das PIC nos Currículos da Área da Saúde.....	112
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICE A: Ações legitimadoras das PIC	135
APÊNDICE B: Questionário.....	136
APÊNDICE C: Roteiro das entrevistas	141
APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1	142
APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2	144
ANEXO A: Definições das PIC que constam na PNPIC	146
ANEXO B: Mapa de Florianópolis, SC	148

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação de Mestrado em Saúde Pública teve como motivação a observação do aumento recente da demanda por terapias complementares no mundo e o processo de institucionalização das mesmas no Brasil. O interesse da autora, como médica homeopata (há 17 anos) e médica da saúde da família (28 anos de prática), em compreender a interface entre saúde pública e as práticas complementares levou a esta pesquisa com profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária em saúde do município de Florianópolis.

A crescente demanda mundial por outros sistemas médicos e práticas complementares que não fazem parte do arsenal da medicina contemporânea (Biomedicina) e a aceitação gradativa dos mesmos pelos profissionais de saúde tornaram este tema importante objeto de estudos. Este panorama pode ser visto como mais uma mudança sociocultural num processo de alternância histórica comparável talvez, àquela que viu surgir a Biomedicina entre o século XVI e XVII (NOGUEIRA; CAMARGO Jr., 2007, SOUZA; LUZ, 2009).

Com o desenvolvimento da ciência e da medicina, que tem como característica estrutural dominante o biológico, a chamada Biomedicina suplanta outras práticas médicas, o que se dá a partir da vitória da razão positivista sobre as correntes vitalistas no final do século XIX. (WHORTON, 2001; SIGOLO, 2006). O sistema econômico capitalista, com o fortalecimento das indústrias de equipamentos médicos e de produção de medicamentos, criou gigantes industriais que influenciaram e influenciam fortemente a formação dos profissionais da saúde, a condução das pesquisas clínicas, os congressos médicos e as revistas especializadas de divulgação científica (ANGELL, 2007). Estas indústrias foram chamadas de Complexo Médico Industrial, o qual sustenta a hegemonia da Biomedicina, pelo menos nos países ocidentais. Apesar de sua expansão crescente, ela é um dos componentes de um relacionamento complementar e competitivo com inúmeras outras terapias e medicinas, num contexto cultural denominado *pluralismo médico*, ainda que na prática ela se pretenda superior aos outros sistemas (ANDRADE, 2006; HELMAN, 1994, MENÉNDEZ, 2003).

Reconhecer o *pluralismo médico* próprio de seu país e refleti-lo nos sistemas de cuidado em saúde tem se constituído um desafio para os planejadores das políticas públicas de saúde. Diante desta necessidade a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem orientando a inclusão das Medicinas Tradicionais e Medicinas Alternativas e Complementares

(MT/MAC) nos sistemas públicos de saúde desde 1978, por ocasião da Conferência Internacional de Alma Ata, orientações referendadas no Brasil em 1986. Nesta época os movimentos sociais organizados e o movimento pela Reforma Sanitária lutam pela reforma do sistema de saúde brasileiro, e defendem SAÚDE PARA TODOS - Dever do Estado, na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, o que possibilitou a ampliação do conceito de saúde, reconhecendo a complexidade do adoecer e suas múltiplas causas e o cuidado como direito e necessidade. Após a conferência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com representantes de diversos segmentos públicos, privados, sociais e partidários envolvidos com a saúde que debateu por mais de um ano a formulação da proposta do que viria a ser o SUS (DA ROS, 2006; SANTOS, 2008). A Assembléia Constituinte de 1988 acabou assegurando o direito à saúde e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como pressupostos: **universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social** (BRASIL, 2006) Na convergência dos caminhos da progressiva estruturação do SUS no país e da institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares, as forças sociais organizadas continuaram a buscar consenso e oportunidade para os projetos políticos para a área e muitos avanços já ocorreram (Apêndice A).

A trajetória político-institucional das medicinas não hegemônicas como a Homeopatia e das práticas complementares no Brasil mostra que a presença das mesmas nos serviços de saúde pública no Brasil vem desde o século dezenove, porém ocorreram de forma desigual e descontinuada devido à ausência de diretrizes específicas (LUZ, MT 1987 e 1996; ESTRELA, 2006; BRASIL/MS, 2004 e 2006).

Refletindo o que ocorre a nível mundial, no âmbito da assistência privada à saúde houve um incremento contínuo nas consultas médicas de especialistas em Homeopatia e Acupuntura e na procura por terapêuticas integrativas e complementares, porém não nos serviços públicos de saúde. Situação que evidencia que o acesso a estas práticas é socialmente desigual (ANDRADE, 2006; CUNHA, 2005). E, por se tratarem de práticas potencialmente *desmedicalizantes*, socialmente valorizadas e desejadas, ainda que objeto de controvérsias, a inserção das mesmas no Sistema Único de Saúde (SUS) é um respeito aos princípios do mesmo (TESSER; BARROS, 2008; SALLES, 2008).

Em 2002 a OMS propôs uma estratégia para a implantação das MT/MCA nos serviços públicos de saúde, a qual tem quatro objetivos, sendo que os dois primeiros deveriam ser buscados até 2005. Estes objetivos são: 1) No plano político: Integrar as MT/MAC nos sistemas

de saúde nacionais; 2) Na pesquisa: Fomentar a busca por segurança, eficácia e qualidade das MT/MAC; 3) No acesso: incrementar a disponibilidade e a acessibilidade; 4) Na utilização: Fazer uso racional das mesmas (OMS, 2002).

No Brasil as Medicinas Tradicionais/ Práticas Integrativas e Complementares (MT/PIC) foram incluídas na Agenda Nacional de Prioridade em Pesquisa em 2004 (BRASIL, 2006). E, neste mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) realiza um Diagnóstico Nacional de oferta de práticas complementares no SUS, e constitui grupos de trabalho multi-institucionais para estudar a implantação de diversas destas práticas no SUS (BARROS; SIEGEL; De SIMONI, 2007; BRASIL/MS, 2004). Finalmente foi aprovada e publicada, em maio de 2006, a Portaria 971 que trata da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), com inclusão prevista tanto na atenção básica quanto nos demais níveis de atenção à saúde. Foram incluídas na primeira versão a Homeopatia, Plantas medicinais/Fitoterapia, Acupuntura/Medicina Chinesa, e Termalismo social/crenoterapia (Anexo B: definições destas práticas conforme documento da portaria 971). Consta nos Considerando, que justificam a portaria, que: “... a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS” (BRASIL, 2006). A inclusão das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS pode ser vista então como um aprofundamento do cuidado em saúde, o qual deve ser coordenado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), na busca da integralidade da atenção, de maior acesso a serviços e possibilidade de exercício da cidadania.

A partir de 2006 a discussão continuou em diversos âmbitos, e outras portarias e resoluções foram publicadas, como a Política Nacional sobre Fitoterapia e Plantas Medicinais, a inclusão de fitoterápicos e medicamentos homeopáticos na lista de medicamentos de referência (RENAME), a que criou a Comissão Intersetorial de PIC (CIPIC) no SUS, para o controle social e acompanhamento desta política, e a de 2009 que determina códigos de procedimento para acupuntura por profissional praticante: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos (Apêndice A).

Porém, a institucionalização das práticas integrativas e complementares vem acompanhada de críticas, oposições e controvérsias, alertas quanto aos modismos e incentivos ao consumismo destas terapêuticas pela exposição na mídia, além de contestação da

legitimidade das mesmas, por considerarem que estas não têm asseguradas sua eficácia e segurança, opiniões que partem principalmente das corporações médicas (De SIMONI; BARROS, 2007; TESSER; BARROS, 2008; LEAL; SCHWARTSMANN; LUCAS, 2008).

Por outro lado, os movimentos sociais organizados posicionam-se a favor da implantação das PIC no SUS e, em Florianópolis, as Conferências Municipais de Saúde de 2003 e de 2006/complementada em 2007 incluíram nas resoluções finais a orientação para inclusão das PIC na rede básica, e o fornecimento de medicamentos homeopáticos e insumos para acupuntura (BRASIL (i) SMS, 2009).

Florianópolis foi pioneira em Santa Catarina ao disponibilizar médicos homeopatas e acupunturistas na rede básica de saúde desde 1978. Em 1993 houve inclusive uma proposta de um projeto¹ para a área, cujos objetivos, além de proporcionar o acesso a estas terapêuticas aos usuários da rede básica, previa o desenvolvimento de pesquisas na área, a capacitação de recursos humanos, a criação de um sistema de avaliação e a participação no projeto docente-assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), porém este projeto não foi implementado. O município dispunha, nesta época, de cinco médicos homeopatas e dois acupunturistas na rede básica e o serviço de referência em Homeopatia e Acupuntura da Policlínica I, da Secretaria Estadual de Saúde.

A SES firmou em 1998 um convênio² com a UNISUL (Universidade do Sul de Santa Catarina) para disponibilizar técnicas terapêuticas não convencionais aos seus usuários e servir de campo de estágio aos alunos da área da saúde desta universidade na Policlínica I (convênio encerrado após dois anos de vigência). Com esta parceria foi implantada uma farmácia homeopática² para fornecimento de medicamentos aos usuários da Policlínica e da rede básica de Florianópolis, onde funcionou até 2007, sendo então transferida para o Hospital Infantil Joana de Gusmão até seu fechamento em maio de 2009. Conforme entrevista concedida à autora pelo farmacêutico João Paulo Souza, na época da implantação também foi realizada uma pesquisa com cem usuários sobre o uso de fitoterapia ou ervas

¹ “Projeto para atenção com acupuntura e homeopatia na rede municipal de saúde da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social”, Prefeitura Municipal de Florianópolis, abril de 1993. Cedido pelo dr Sérgio Steil, um dos participantes deste projeto.

² “Farmácia homeopática- SUS”: trabalho apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Homeopatia, Rio de Janeiro, 2000, Karin Berenice Denez e João Paulo Souza. Cedido pelos autores.

medicinais e, quem indicava, e o resultado foi que de 100% de uso de plantas medicinais, indicado por vizinhos ou mesmo por médicos, e 76% cultivavam alguma planta medicinal como: hortelã, erva cidreira, boldo, capim limão, malva, camomila, espinheira santa, etc. Na opinião deste profissional o atendimento humanizado e individualizado pelos médicos homeopatas e pelo serviço da farmácia de homeopatia gera muita satisfação do usuário. Além disso, a implantação de uma farmácia no SUS, com fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos, aumenta a demanda por homeopatia como, segundo ele, ocorreu na Policlínica e no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Atualmente alguns profissionais homeopatas e acupunturistas continuam como médicos da rede municipal, onde atuam nas equipes de Saúde da Família (ESF) ou como referência nestas especialidades nas policlínicas municipais. O município não dispõe, até o momento, de legislação específica nem de projeto para a área e com a desativação da Policlínica Regional da SES e a municipalização de seus serviços, inicia-se também a busca por uma solução para a farmácia homeopática.

É oportuno, portanto, que se investigue a opinião e as propostas dos profissionais da rede básica de Florianópolis sobre as Práticas Integrativas e Complementares e sua inclusão no SUS.

Destas considerações surgiu uma **hipótese** que orientou esta dissertação: A sensibilização dos profissionais da saúde para as práticas integrativas e complementares é importante para a efetiva inclusão das mesmas no SUS. Os profissionais da ESF são considerados agentes fundamentais do cuidado na atenção primária, e, dentro da equipe, o enfermeiro e o médico são os que mais atuam na assistência direta à saúde, e fazem orientações terapêuticas e/ou encaminhamentos dos pacientes. A geração de conhecimento sobre a relação destes profissionais de saúde com as práticas integrativas e complementares é relevante, tanto para futuro projeto de inclusão destas práticas no sistema local de saúde como para subsidiar outras pesquisas, pois existem poucos estudos recentes sobre o tema no país. Este estudo foi realizado com os médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, entre setembro de 2008 e maio de 2009, em Florianópolis, SC.

Para tanto foi utilizada uma abordagem quali-quantitativa e as questões que direcionaram esta pesquisa foram:

- a) Qual a visão destes profissionais sobre as Práticas Integrativas e Complementares?
- b) Qual a opinião deles sobre a implantação das PIC no SUS?
- c) Quais as dificuldades e soluções que eles visualizam neste processo?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a visão de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Florianópolis acerca das Práticas Integrativas e Complementares e sua implantação no SUS.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a visão a respeito das Práticas Integrativas e Complementares de médicos e enfermeiros da saúde da família;
- b) Analisar as posições desses profissionais quanto à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;
- c) Investigar o interesse desses profissionais por Práticas Integrativas e Complementares;
- d) Identificar fatores que influenciam a aceitação da implantação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS;
- e) Investigar a visão desses profissionais a respeito das necessidades para a implantação das Práticas Integrativas e Complementares, bem como dos significados e contribuições que estas práticas podem trazer à atenção primária em saúde.

3 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

3.1 Conceitos e definições

A terminologia para designar medicinas e/ou práticas terapêuticas não utilizadas pela Biomedicina é bastante variável, mas na literatura internacional as mais utilizadas são Medicina Alternativa e Complementar (CAM ou MAC), Medicina Não Convencional e Práticas Terapêuticas Não Convencionais (ANDRADE, 2006; NOGALES-GAETE, 2004; MENÉNDEZ, 2003).

O Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa (NCCAM), que faz parte dos Institutos Nacionais da Saúde dos EUA (NIH), define as MAC como: o conjunto de diversos sistemas, práticas e produtos médicos e de atenção à saúde que não são considerados atualmente parte da medicina convencional. Propõe uma divisão didática das MAC em sete grandes categorias: sistemas médicos complexos (Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurvédica, e outras), intervenções corpo-mente (hipnose, meditação, dançaterapia), manipulações corporais (quiropraxia, osteopatia, massagem), tratamentos farmacológicos e biológicos (vitaminas, cartilagem de tubarão, etc.), aplicações bioeletromagnéticas, medicamentos botânicos, e dietoterapia (NOGALES-GAETE, 2004; JONAS, LEVIN, 2001).

A Organização Mundial da Saúde optou pela designação composta Medicina Tradicional/ Medicinas Complementares e Alternativas, e por medicina tradicional entende tanto sistemas médicos complexos de determinadas culturas como: Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurveda hindu, Medicina Unani árabe e diversas medicinas indígenas, como também práticas, com ou sem medicamentos, de uso corriqueiro e popular. (MT/MAC, OMS, 2002).

O Ministério da Saúde brasileiro optou pela designação de Práticas Integrativas e Complementares (SALLES, 2006; BRASIL (f), 2006). E a política nacional para a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) contemplou especificamente a Homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, as plantas medicinais e a Fitoterapia, tendo ainda deixado em observação experiências com o Termalismo Social e a Medicina Antroposófica (Anexo A). Esta política tem como objetivos: (a) incorporar, implementar, estruturar e fortalecer as referidas práticas no SUS; (b) contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e para a

ampliação do acesso às PIC, particularmente dos medicamentos homeopáticos e fitoterápicos; (c) promover a racionalização das ações de saúde; (d) estimular as ações referentes ao controle/participação social; (e) desenvolver estratégias de qualificação de pessoal; (f) divulgar conhecimentos e informações sobre PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Além disso, procura-se incentivar as ações intersetoriais, a pesquisa, as ações de acompanhamento e avaliação além de cooperação nacional e internacional no âmbito das práticas integrativas e complementares (BRASIL (e), 2006).

Em consonância com estas diretrizes e pela necessidade de fazer parcerias e estimular a cooperação internacional foi realizado em 14 de maio de 2008 Brasília o 1º Seminário Internacional sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, promovido pelo MS/DAB. Contou com a presença de representantes da OMS, de 5 países (Cuba, México, Bolívia, China e Itália), e dos estados, municípios e instituições brasileiras com projetos e pesquisas na área (BRASIL (d), 2008).

Neste seminário, Xiaouri Zhang, Coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da Organização Mundial de Saúde, relatou que, antes dos anos 90, apenas cinco países possuíam regulamentação e políticas voltadas à medicina complementar, em 2003 já somavam 44, e em outros 51 países, políticas nacionais estavam em processo de elaboração. Dados encaminhados à OMS em 2007 revelaram que, em 48 países, a medicina complementar está integrada ao sistema nacional de saúde; em 110 países, há regulamentação para o uso da fitoterapia e, em 62 países, existem institutos de pesquisas dedicados ao estudo das MAC.

No Brasil o interesse pela pesquisa destas medicinas e práticas complementares é incipiente apesar do aumento da demanda por elas, tanto na assistência privada como nos serviços de saúde pública, e sua penetração nas universidades é muito recente (SALLES, 2008).

Nos anos 90, Madel Therezinha Luz e sua equipe desenvolveram no Rio de Janeiro um projeto de estudo de sistemas médicos complexos: Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Medicina Ayurvédica e Biomedicina. A partir destes estudos tais medicinas foram consideradas “Racionalidades Médicas”, categoria de análise desenvolvida pelo seu grupo de pesquisa, que se caracteriza por um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes, composto de cinco dimensões: uma morfologia humana (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou o adoecimento, sua origem, sua evolução ou cura), todas envolvidas por uma sexta dimensão explícita

ou implícita relacionada à cosmovisão de cada uma, chamada de cosmologia (LUZ, MT 1988).

A comparação entre outras Racionalidades Médicas e a Biomedicina é pertinente em razão da constatação de uma crise na cultura contemporânea, tanto sanitária como médica que impulsiona as pessoas na busca de outras terapêuticas (e terapeutas) que priorizem o sujeito doente e seu cuidado (LUZ, MT 2003; TESSER; LUZ, MT 2006; ARAUJO, 2008).

Utilizando as dimensões propostas por Luz e muito do material produzido por sua equipe, além de outras contribuições incluindo as trazidas pelos palestrantes do 1º Seminário Internacional, segue-se um resumo sobre as Práticas Integrativas e Complementares que constam da PNPIC.

3.1.1 Homeopatia

A Homeopatia é a racionalidade médica das práticas alternativas mais presente na história da Saúde Pública no Brasil, e sua trajetória político-institucional foi objeto de estudo da Professora. Madel Luz e sua equipe multidisciplinar no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro de 1982 a 1991. Esta apresentou períodos de retração e de expansão desde a sua introdução no país no século XIX, e sua permanência no cenário da atenção à saúde, enquanto opção terapêutica buscada pelos pacientes e pelos profissionais médicos é atual, sintonizada com as mudanças culturais deste início de século (SIGOLO, 1999; LUZ, MT, 1987, 1996).

Apesar de ser uma “outra medicina”, em 1980 foi aceita pelo Conselho Federal de Medicina como uma especialidade médica. A procura por esta formação vem aumentando no país, é oferecida principalmente por entidades médicas associativas de homeopatas, e exige do médico modificar seus conceitos de saúde-doença, sua abordagem do paciente para a diagnose, e utilizar outro arsenal terapêutico (LUZ, M., 1996; TEIXEIRA, 2007, QUEIROZ, 2000).

Sua presença na graduação médica, paradoxalmente, é muito pequena. Em pesquisa realizada em 2005 das faculdades de medicina do Brasil, Sandra Salles (2008) obteve dados de 46 delas, dentre as quais 15 incluíam Homeopatia no currículo sob a forma de: (3) disciplina obrigatória, (11) disciplina optativa, (2) pesquisas na área, (8) ambulatório para prática, (1) curso de pós-graduação e (1) residência médica em homeopatia.

Dentre os motivos que levam os médicos a procurar esta formação encontra-se a valorização da arte médica. A abordagem própria da Homeopatia, centrada na anamnese minuciosa e na relação de confiança médico-paciente, propicia que hoje ela seja vista como uma prática humanista de medicina, em contraposição às práticas médicas usuais e em consonância com a atual busca pela humanização na área da assistência (TEIXEIRA, 2007; MONTEIRO; IRIART, 2007; SALLES, 2001)

O paciente e seu adoecimento são o centro da atenção do médico homeopata, o que se traduz pela valorização do cuidado na ação terapêutica assim como vem sendo proposto pela chamada medicina centrada no paciente (ARAÚJO, 2008; CAPRARA, RODRIGUES, 2004; RIBEIRO, AMARAL, 2008). Na anamnese a busca é pelo raro, estranho e peculiar, deixando que o paciente expresse o seu sofrer e a sua maneira de ser, sem ser direcionado para sintomas clássicos de doenças como na biomedicina. As sensibilidades, peculiaridades e tendências de cada adoecer são o que individualiza o tratamento medicamentoso e direciona as orientações para mudança de estilo de vida. (HAHNEMANN, 1995; KENT, 1998, ESTRELA, 2006)

Caracteriza-se esta medicina por uma concepção vitalista, na qual a vitalidade é vista como força agregadora e mantenedora da vida, em que homem e universo estão em contínua interação. O homem é concebido como dotado de organismo material, energia ou força vital e espírito, sendo que sua vitalidade é essencial na manutenção da vida e o espírito ou individualidade o que o torna único. Emoções, sentimentos, juízo, arbítrio, vontade são significativos no que alteram o comportamento do homem. Toda modificação em qualquer parte do organismo pode modificar o equilíbrio da vitalidade e, portanto, alterar a saúde do homem. O princípio de sua terapêutica é a cura pelo semelhante, e, para que tal se processe, é necessário: descobrir “o quê” há para ser curado em cada indivíduo, perceber qual é o poder curativo das substâncias e saber prepará-las de forma apropriada. Na cura pelo semelhante as substâncias a serem empregadas são aquelas capazes de produzir fenômenos análogos àqueles encontrados nas enfermidades. Samuel Hahnemann, (1755-1843) médico alemão, utilizou o método experimental para descobrir as propriedades das substâncias. Esta experimentação, designada como *patogenesia*, se baseia em três pontos: a experimentação é realizada no homem são, utilizando um medicamento por vez e em doses mínimas, até que os sintomas se produzam. Os sintomas suscitados nas experimentações com o medicamento, mais os sintomas curados no uso clínico da substância, e

os sintomas provocados por intoxicação aguda ou crônica (já descritos pela toxicologia) estão reunidos na Matéria Médica Homeopática, compêndio que reúne as substâncias estudadas. O Repertório Homeopático é um manual de ajuda ao clínico, no qual os sintomas já descritos estão organizados por sistemas e órgãos, além dos capítulos dos sintomas mentais, ilusões, sono e sonhos e os sintomas gerais, cada qual com as substâncias que os suscitam. Na anamnese é descrito o sintoma da maneira que o paciente o expressa, e estes anotados junto aos sinais e sintomas observados no exame físico. São valorizados os sintomas mais raros, estranhos e peculiares, e buscado (no repertório) o medicamento que cobre a maior parte deles. Pela Matéria médica é analisada a concordância deste medicamento com o quadro completo do paciente. A medicação é individualizada e usada preferencialmente um de cada vez. Durante o processo de cura as manifestações dos sintomas devem ir do plano mais vital para o menos vital, no sentido inverso de sua aparição (LUZ, H. 1993; HAHNEMANN, 1995).

A presença da Homeopatia no mundo é bastante significativa, sendo citada em todas as pesquisas sobre o uso de medicinas alternativas e complementares (ver capítulo: A difusão no mundo) e é, segundo a OMS, a segunda racionalidade médica mais utilizada no mundo (CHAPMAN, 2001). Está inserida no sistema de saúde de Cuba desde 1997, no México foi assumida como prática oficial de saúde ainda no século XIX, na Índia é utilizada no país inteiro, assim como na maior parte da Europa e da América Central e do Sul. Segundo Xiaouri Zhang, da OMS, em 1986 somente 14 países dispunham de regulamentação sobre a Homeopatia, a qual se estendeu para 83 países em 2003 (BRASIL (d), 2008).

3.1.2 Medicina Tradicional Chinesa

Difícilmente se poderia identificar uma única medicina chinesa, seja pela dimensão do país e seus grupos étnicos como pela antiguidade de sua cultura. A expressão Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é hoje resultante tanto de filtros da ciência moderna como da exclusão de conhecimentos considerados “superados” ou “metafísicos”. Conceitos que tem origem em períodos distintos da história chinesa coexistem como parte de uma construção supostamente homogênea, além do fato de que muitas das doutrinas que surgiram na China feudal e Imperial sofreram revisões sob a ótica marxista, dificultando a análise dos textos contemporâneos. (LUZ, D., 1993) As noções mais conhecidas como

MTC tem por base as doutrinas do Yin/Yang e das Cinco fases. Sua doutrina médica é fruto da visão de mundo do confucionismo no qual o homem encontra a harmonia pela adesão a comportamentos virtuosos, e do taoísmo, matriz cultural antiga do vitalismo chinês e também da medicina budista. As 7 noções principais são: *Dao, Céu anterior e Céu posterior, Taiji, Qi, Ying/Yang, Wu Xing e SanCai*. O entendimento destes conceitos é difícil para a cultura ocidental e, por isso, é muito comum que sejam traduzidos para uma linguagem médica. Porém sua cosmologia e o entendimento de corpo/saúde/doença é muito diferente e mais abrangente que as limitações da biologia do corpo humano da medicina ocidental. Por exemplo, para fazer avaliação do estado de saúde/adoecimento do sujeito, os praticantes da MTC utilizam: a observação, o interrogatório, a olfação, a palpação e a pulsologia, com destaque para o exame da face, da língua e dos pulsos. Por considerar que o processo de adoecimento começa pela alteração energética, depois evolui para funcional e por fim para alteração orgânica é que o diagnóstico precoce e as medidas de correção propostas por esta medicina podem ter um maior alcance preventivo e curativo. As técnicas de intervenção podem ser massagem, dietoterapia, medicamentos, ervas medicinais, acupuntura e exercícios terapêuticos, e geralmente são utilizadas duas ou mais por tratamento (LUZ, D., 1993; IORIO, 2007; LAO, 2001).

Apesar de, em nosso meio, ser mais conhecida e utilizada a acupuntura, como uma intervenção complementar à biomedicina, o interesse por conhecer melhor esta racionalidade vem aumentando entre os médicos do país (ARAÚJO, 2008; NOGUEIRA, CAMARGO JR, 2007).

3.1.3 Acupuntura

Acupuntura e moxa são métodos de diferentes períodos da história da medicina chinesa porém estão tão interligados que fazem parte da mesma disciplina dentro da MTC, e significam intervenção na configuração do *Qi* a partir da estimulação dos Pontos (LAO, 2001). Os canais de circulação do *sopro vital (Qi)*, ou *meridianos*, apresentam *pontos*, mais ou menos superficiais, que permitem a troca e a absorção das influências do Céu e da Terra. Estes pontos podem ser estimulados no sentido de harmonizar, expulsar influências ou apaziguar emoções. Para o tratamento é necessário estabelecer um conjunto de pontos, as dimensões das agulhas e a maneira de manipulá-las. A moxa é um

bastão, geralmente de Artemísia, que é colocada a queimar próximo aos pontos da acupuntura, e tem a capacidade de mobilizar rapidamente o *Qi*. Outros métodos também podem utilizados como a ventosa, pequenas sementes e esferas de metal e bastão de metal (acupressão), entre outros (IORIO, 2007, LUZ, D., 1993).

Segundo o médico chinês, Dr. Deng Liang Yue, Presidente do World Federation of Acupuncture-Moxabustion Societies (WFAS), a acupuntura está hoje em mais de 130 países. Ela é a parte das técnicas da MTC que mais cedo chegou ao ocidente, mais precocemente foi reconhecida e incorporada pelos países ocidentais. Atualmente graduações em acupuntura foram oficialmente implantadas em centros universitários de países como China, Japão, Coreia do Sul, Vietnã, Estados Unidos, Reino Unido, França, Alemanha, Austrália, Malásia e Rússia, dentre outros. A Academia Chinesa de Ciências Médicas conduz, atualmente, 973 pesquisas, a grande maioria delas sobre os efeitos clínicos da acupuntura (BRASIL (d), 2008).

3.1.4 Plantas Medicinais

As plantas medicinais são aquelas utilizadas para prevenir ou tratar doenças, ou para aliviar sintomas de doenças cujo conhecimento do valor terapêutico é empírico e seu uso popular em determinado agrupamento humano. São mais comumente utilizadas dentro do contexto da medicina tradicional (por exemplo, de grupos indígenas) ou na medicina popular (de comunidades periféricas como quilombolas, caiçaras, ribeirinhos) (Di STASI, 2007).

De cada planta medicinal é utilizada uma determinada parte como: raiz, folhas, frutos, casca, flor, sementes ou a planta inteira, cujo valor terapêutico é influenciado pelo clima, pela época do ano, pelo solo e pela forma de coleta, preparação e uso (MORGAN, 1982). Elas se caracterizam por possuírem fitocomplexos, que são substâncias que ativam diferentes receptores capazes de modular funções do organismo humano. Sendo este fitocomplexo o responsável pela ação terapêutica, esta pode ser perdida quando do isolamento de substâncias para a fabricação de fitoterápicos (BRASIL(d), 2008).

Existem várias formas de comercialização e de regulamentação para plantas medicinais: planta in natura, droga vegetal, extrato, princípio ativo isolado. Por lei as embalagens das plantas medicinais não podem ter alegações terapêuticas porque, devido à definição legal, apenas os medicamentos, ou seja, os fitoterápicos podem tê-las.

A política nacional para a área tem eixos que compreendem não só o acesso a plantas medicinais e aos fitoterápicos, como também seu uso racional e seguro, o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva, o fortalecimento da indústria nacional, além do reconhecimento e a valorização do uso tradicional. A importância deste direcionamento para a saúde coletiva, que envolve uma visão de saúde e de ser humano na sua complexidade e integralidade, pode ser um caminho de transformação da relação entre saberes e setores a partir da transdisciplinaridade (CHECHETTO, 2006).

A população ainda utiliza muito as plantas medicinais e existe uma intensa troca entre as pessoas de receitas e de mudas de plantas, mesmo nos ambientes das unidades de saúde, e pesquisas revelam que elas não costumam contar ao médico o seu uso. Inclusive parece ser este o motivo para que denominem certas plantas com nomes de medicamentos alopáticos (como “penicilina”, “bactrim”, etc.). É importante considerar que a lógica popular do uso de recursos tradicionais não é excludente da terapêutica biomédica, florescendo mesmo nos interstícios da mesma (ARAUJO, 2000; BRASIL (d), 2008). Esta é a realidade também observada em Florianópolis, principalmente na população das colônias de pescadores e das comunidades rurais, onde Cavallazzi (2003) fez um levantamento de 87 espécies de plantas medicinais usadas na região sul da ilha.

3.1.5 Fitoterapia

Os fitoterápicos são medicamentos preparados a partir de plantas medicinais, caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, como também pela constância de sua atividade (Di STASI, 2007). Os excipientes e outros componentes não ativos da fórmula podem ser de outras origens que não a vegetal. Para a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), o fitoterápico é entendido como medicamento e deve seguir todos os critérios de qualidade, segurança e eficácia, que são exigidos antes da sua disponibilização para a população (BRASIL (d), 2008).

Planta medicinal é aquela usada tradicionalmente com finalidade terapêutica. Já a droga vegetal é a planta medicinal ou suas partes retiradas de seu habitat, após processos de coleta, estabilização e secagem, podendo ser íntegra, rasurada, triturada ou pulverizada. O derivado de droga vegetal, que é registrado como medicamento

fitoterápico, é produto de extração da matéria-prima vegetal. Encontram-se registradas na ANVISA 162 espécies vegetais, dos quais 25,6% são de origem brasileira ou sul-americana, 432 fitoterápicos com registros simples (uma droga) e 80 em associações (compostos). Também existem guias disponíveis de fitoterapia, programas de incentivo à pesquisa, monitoramento da qualidade dos fitoterápicos e outras iniciativas governamentais que visam desenvolver esta área e propiciar sua inclusão no SUS de conformidade com a PNPIC. Assim como propostas para capacitação e formação técnica para a área, e reorientação dos cursos de graduação em farmácia (BRASIL (d), 2008).

Um modelo de acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos é o proposto pelo Projeto Farmácia-Viva, que iniciou no nordeste do Brasil, no qual pequenas unidades podem atender de 2.000 a 3.000 pessoas. Após pesquisas sobre as plantas medicinais da área são selecionadas as mais seguras e eficazes, é realizado treinamento de pessoal e instaladas pequenas unidades, com uma horta medicinal e um laboratório para manipulação. Esta metodologia permite integrar a medicina popular com o conhecimento científico, e evitar o uso inadequado das plantas e dos fitoterápicos (MATOS, 2006).

3.1.6 Termalismo social

A hidroterapia mineral, crenoterapia, ou termalismo, é o uso de águas minerais com fins terapêuticos, fato este conhecido desde a antiguidade e atualmente sob estudos científicos para a determinação do valor e da composição destas águas, para melhor precisar sua indicação e formas de uso. Estas águas possuem composição química ou propriedades físicas ou físico-químicas distintas das águas comuns, com características que lhes confirmam uma ação terapêutica e podem pertencer a cinco grupos: bicarbonatadas, sulfatadas, cloretadas, sulfurosas e as pouco mineralizadas (RUDDER, 2002, Código de Águas Minerais, decreto-lei nº 7.841, de 8 de agosto de 1945). O termalismo é uma prática que ocorre em diversos países da Comunidade Européia e há uma lei geral européia sobre a administração da cura termal. Existem, por exemplo, centros termais na Rússia (cerca de 12.000), na Tunísia, onde há uma grande variedade, especialmente na área norte, alguns deles utilizando águas marítimas – talassoterapia, na França e na Itália (380). Os centros termais da Itália são oficialmente reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e esta é uma prática considerada de amplo respaldo científico. Cada cidadão italiano tem o direito, custeado pelo

Estado, de frequentar um centro termal, desde que tenha prescrição médica, por até doze dias por ano. Os centros de águas termais são classificados de acordo com as características das águas, composição química e estrato das fontes. São oferecidos à comunidade médica cursos de pós-graduação, que estão sendo amplamente procurados. Sua prescrição é individualizada e pesquisas comprovam sua eficácia em múltiplas enfermidades (BRASIL (d), 2008).

O termalismo social é o acesso a estabelecimentos termais para fins preventivos, terapêuticos e de manutenção da saúde e a medicina termal é o ramo da medicina clínica que se ocupa do uso das águas minerais como terapêutica suplementar (BRASIL (e), 2006).

3.1.7 Medicina Antroposófica

A medicina antroposófica (MA) esta baseada nos ensinamentos de Rudolf Steiner (1861-1925), fundador da Antroposofia, e no trabalho conjunto com a Dra Ita Wegman (1876-1943) realizado em Dornach de 1923 a 1925. A Antroposofia propõe a ampliação do conhecimento do mundo e do ser humano através do exercício do pensar sobre o mundo espiritual (STEINER, 1979). Entende o ser humano como composto de corpo físico, corpo etérico, corpo astral e do eu (espírito) que permeia todas as demais organizações através do corpo-calórico, e que a doença é a perturbação do equilíbrio entre estes membros (STEINER, WEGMAN, 1979). O processo terapêutico é realizado, de preferência, por equipes multidisciplinares, tem por base a biografia do paciente e busca junto dele e de sua família entender os significados da doença. Os três sistemas orgânicos funcionais (neuro-sensorial, rítmico, e metabólico-motor), respondem a terapias diversas, tais como banhos, massagens, terapia artística, terapia-biográfica, terapia medicamentosa. Nesta última, diferentes farmacopéias são utilizadas, tais como: terapia alopática; fitoterápica e medicamentos dinamizados. Existem serviços públicos de MA nas cidades de Belo Horizonte e São João Del Rei, em Minas Gerais, e constitui disciplina eletiva em algumas faculdades de medicina brasileiras. É praticada por médicos com cursos de pós-graduação lato sensu, existentes na Alemanha, Suíça, Holanda, Itália e Brasil, e é coordenada internacionalmente pela Federação Internacional das Associações Médicas Antroposóficas (BRASIL (d), 2008; BRASIL (c), 2008).

3.2 A difusão das PIC no mundo

Existem evidências de um constante aumento no uso de práticas integrativas e complementares no mundo a partir dos anos noventa, tendo sido marcante a publicação do artigo de Eisenberg (1993) sobre prevalência, custos e padrões de uso das MAC nos EUA, o qual concluiu que um terço dos americanos usava algum tipo de prática não convencional. Desde então as pesquisas deste fenômeno se intensificaram e demonstram um elevado percentual de pessoas, em todo o mundo, que afirmam fazerem uso de alguma prática MAC. Na Austrália o percentual deste uso chega a 48% da população, 70% no Canadá, 42% nos EUA, 75% na França e 38% na Bélgica (OMS, 2002). Em razão disto, mesmo sendo necessários estudos para verificar a eficácia e segurança destas práticas, a OMS preconiza a inserção das mesmas nos sistemas de saúde e propõe a normatização de seu uso.

O título genérico de CAM (Complementary and Alternative Medicines) ou MAC parece englobar todo e qualquer medicamento ou prática que não sejam de uso da Biomedicina. (ERNST, 1999; HARRIS, 2000; SAWNI, 2007; ERNST, 2000). Mas é justamente esta generalidade que inviabiliza comparações e estudos de prevalência, posto que cada cultura tem seus usos e costumes no lidar com problemas de saúde a nível familiar e comunitário. E este uso doméstico de práticas populares não significa necessariamente a exclusão e/ou substituição das terapias proporcionadas pela Biomedicina.

Nos países que possuem uma Medicina Tradicional forte esta é procurada principalmente pelas classes mais desfavorecidas, mesmo prevalecendo no seu sistema de saúde a biomedicina, e as chamadas medicinas e práticas alternativas/complementares atingem mais as classes de maior poder econômico (ALVAREZ, 2007; FRANCO, 2003)

Em revisão sistemática da literatura sobre uso das CAM por pacientes com câncer, Spadacio e Barros (2008) encontraram 263 artigos sobre o tema no período entre 1995 e 2005, dentre estes, 57% analisaram o uso das MAC da perspectiva dos pacientes e somente 9% da perspectiva dos profissionais. Na análise de 43 artigos, sobre pacientes que fizeram uso das MAC (homeopatia, Ayurvédica, medicina chinesa, ervas, grupos de apoio, terapias espirituais, dietas, etc.) concomitantemente com as terapias convencionais, as motivações para o uso referem-se a fortalecimento do corpo, alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia, melhora da qualidade de vida, insatisfação com o tratamento convencional e/ou com a interação com os profissionais,

além do processo de autonomia e humanização promovido por estas práticas.

Um estudo realizado em Buenos Aires com 200 pacientes com câncer revelou que 72% haviam se consultado com medicinas alternativas e complementares, 97% faziam uso de autotratamento, 22% de medicinas tradicionais, 42% de terapias religiosas (IDOYAGA MOLINA, LUXARDO, 2005)

Segundo a BBC NEWS um em cada cinco britânicos usava medicinas complementares e alternativas em pesquisa de 1999, e, destes 34% usavam ervas, 17% homeopatia, 15% acupuntura e 2% yoga/medicina chinesa. (BBC News, 2007) Dados mais recentes apontam que metade dos clínicos gerais da Inglaterra oferece algum tipo de CAM aos seus pacientes, sendo a acupuntura e a homeopatia as mais utilizadas (DOBSON, 2003).

Na literatura internacional boa parte das pesquisas sobre o uso das CAM é realizada com pacientes portadores de determinadas enfermidades crônicas ou degenerativas (câncer, artrite, doenças mentais, doenças neurológicas, doenças alérgicas, síndrome metabólica, etc.), algumas são dirigidas a determinados grupos de usuários de serviços variados (adolescentes, idosos, mulheres no climatério) ou a profissionais (médicos e estudantes). São exemplos de estudos recentes sobre o uso de CAM no último ano: Sleath (2008) nos USA obteve 92% de resposta positiva deste uso por pacientes com artrite; Cizmesija e Bergman-Markovic (2008) na Croácia obtiveram 32% de respostas positivas em 658 pacientes de ambulatório de atenção primária, e as práticas mais citadas foram fitoterapia, homeopatia e acupuntura; Abadoglu, Cakmak e Keezude (2008) na Turquia obtiveram resultado positivo em 43% de 364 pacientes com asma ou DPOC, e a fitoterapia foi a mais usada; Chong (2007), no Canadá, pesquisou 360 pacientes com osteoporose e 57% usaram CAM no ano anterior; Assion *et all* (2007) obteve 50% de resposta positiva em 167 pacientes de clínica psiquiátrica; Noiesen *et all* (2007) na Suécia, com 395 pacientes com dermatites alérgicas de contato, 40% usaram CAM no último ano; Jean e Cyr (2007), Canadá, em estudo transversal com crianças de ambulatório pediátrico de atenção primária, 54% dos pais relataram o uso de CAM; Smidth *et all* (2007), USA, verificaram 37% de positividade de uso, principalmente de ervas, em uma amostra de 1446 militares americanos; Artus, Croftand e Lewis (2007), na Inglaterra, verificaram que de 138 pacientes de ambulatório de atenção primária, com dor crônica músculo-esquelético 84% tinham usado CAM no último ano e 65% ainda estavam usando.

Modelos de questionários para este fim têm sido aplicados num esforço de padronização, como o Integrative Medicine Attitude (IMAQ) e o Survey Care Use and Practice (SCHNEIDER; MEEK; BELL, 2003; SCHMIDT *et al.*, 2005). Questionários desse tipo incorrem nas mesmas dificuldades, ao acrescentarem grande variedade de práticas em forma de rol, que intentam medir o interesse dos respondentes a respeito do uso ou da indicação de uso para seus pacientes destas práticas complementares.

A escolha individual por tratamentos e abordagens para a saúde depende da cultura, da percepção de mundo e do benefício que se espera obter. A busca cada vez maior por tratamentos alternativos também está relacionada com a percepção das limitações da biomedicina, o enfraquecimento da relação médico-paciente e o aumento das doenças iatrogênicas. (JONAS; LEVIN, 2001; FRANCO, 2003).

3.3 O uso das PIC na atenção primária

Pesquisas a respeito da presença das medicinas/terapias complementares em atenção primária de saúde sinalizam para a possibilidade de complementaridade nos tratamentos, principalmente na opinião dos pacientes (ARAUJO, 2006; ESTRELA, 2006; MONTEIRO, IRIART, 2007). Interessante estudo foi realizado em Israel com 1150 pacientes, 333 médicos de atenção primária e 241 médicos *praticantes* de práticas/terapias complementares. A conclusão e recomendação foi que, em benefício dos seus pacientes, os médicos de família deveriam estar mais informados sobre estas práticas, manterem um relacionamento equilibrado com os *praticantes* e, se possível, prescreverem eles mesmos algumas destas terapias (BEN-ARYE *et al.*, 2008).

Uma abordagem sobre a possibilidade da lógica da complementaridade suplantar a lógica das oposições é a discutida por Barros (2008) que considera ultrapassada a fase das “medicinas alternativas”, característica dos anos sessenta e setenta, para entrar em nova fase, propícia talvez para o surgimento de um novo paradigma em saúde, com a chamada Medicina Complementar. Duarte Gómez (2003) ao abordar a situação no México, postula que a atenção integral à saúde nas comunidades indígenas converte a complementaridade entre as medicinas indígena e “ocidental” em obrigação ética do sistema de saúde. Suas reflexões defendem esta complementaridade e que a inclusão nos serviços públicos de saúde das medicinas tradicionais e

outras práticas abririam oportunidade aos médicos “ocidentais” de testemunhar a eficácia e as limitações reais das outras opções, o que facilitaria sua aceitação. Conclui que é necessário, portanto que haja sensibilização e capacitação dos profissionais da saúde para trabalhar com as diversas culturas e se livrarem dos preconceitos.

No México as diretrizes nacionais datam de 2002, e prevêem quatro linhas de ação: enfoque intercultural nos serviços de saúde, medicina tradicional, sistemas complementares e política de atenção à saúde dos povos indígenas, segundo Hernán Garcia Ramirez (BRASIL(d), 2008). Um diagnóstico nacional neste país, realizado nas 20 maiores cidades, evidenciou que 46% das famílias fazem uso de MAC. Desde então houve incorporação das práticas complementares nos serviços de saúde, inclusive no nível hospitalar, nos quais há ações para o fortalecimento da saúde, delineadas em três prismas: o da comida saudável, o da prática de exercícios físicos saudáveis e o do bom humor. Há propostas como o uso de auriculoterapia para tratar a síndrome de abstinência nos vícios, e um projeto integrativo para prevenção e tratamento do diabetes. Na Bolívia está em implantação um modelo de Saúde Familiar Comunitário e Intercultural, que disponibiliza as MAC e se propõe intercultural, porém as necessidades dos povos indígenas ainda não estão contempladas em função da forte visão biomédica que prevalece em sua política segundo o Oscar Laguna (BRASIL (d), 2008).

Em contrapartida, em Cuba, a institucionalização da Medicina Natural e Tradicional já está consolidada, contempla tanto a assistência quanto a pesquisa, encontra-se nos três níveis de atenção e seus Centros de Reabilitação Integral oferecem desde termalismo, massagens, quiropraxia e exercícios, como atendimentos com psicólogos e médicos tradicionais, segundo Jorge L. C. Lavaut (BRASIL(d), 2008).

Recente pesquisa brasileira, realizada em serviços públicos que oferecem atendimento médico homeopático, analisa a percepção dos gestores e médicos não homeopatas sobre a relação entre Homeopatia e Biomedicina (SALLES, 2006). Os gestores citaram a dificuldade da prática médica atual (Biomedicina) em dar conta, tanto da Integralidade quanto das demais diretrizes do SUS: universalidade, equanimidade e equidade como uma das explicações para a procura pela Homeopatia. Além dos altos custos desta medicina, eles percebem a dificuldade dos profissionais especializados em estabelecer vínculos com a clientela e de compreender seus adoecimentos. Associam, ainda, a visão do *todo* do homeopata a uma possibilidade de atuar na prevenção e na promoção da saúde. Objetivos estes mais compatíveis com práticas que trabalham o cuidado dos indivíduos dentro de um conceito positivo de construção da

saúde como a Homeopatia, e não direcionadas para a doença, como a Biomedicina. Os gestores consideram estes aspectos da presença da Homeopatia no SUS como importante, por representar respeito à cidadania dos usuários dando a possibilidade de escolha (SALLES, SCHRAIBER, 2009).

Esses são argumentos que justificam porque o SUS pode ser o campo por excelência de integração das práticas complementares e de outras racionalidades médicas à assistência à saúde da população, inclusive resgatando um dos sentidos de integralidade dentro dos pressupostos do SUS. Usuários de atendimento médico homeopático no SUS relatam que a procura por esta medicina em geral é decorrente da falência do tratamento biomédico e foi indicada por amigos/familiares e/ou médicos. O modelo de anamnese na consulta homeopática é percebida como um ato de atenção e de respeito, que contrasta com a consulta habitual na biomedicina, principalmente nos serviços públicos de saúde (MONTEIRO; IRIART, 2007; FRANCO, PECCI, 2003, SALLES, 2006). Em estudo realizado com médicos da estratégia da Saúde da Família no Ceará, Caprara (2004) verificou que a relação médico-paciente é o motivo principal das queixas dos pacientes devido à rapidez das consultas, à falta de explicação ao paciente sobre sua doença e seu tratamento, a não valorização das queixas e dos relatos sócio-afetivo-psicológicos.

Nos serviços onde convivem diversas medicinas e terapias observa-se a necessidade da aceitação dos limites de cada uma, um reconhecimento umas das outras e a abertura para a possibilidade de complementaridade (SALLES, 2006 e 2008). Mas há que se considerar que a Medicina Tradicional Chinesa, a Homeopatia, a Medicina Ayurvédica e a Medicina Antroposófica são outras racionalidades médicas, e correm o risco de, no processo de institucionalização, serem absorvidas e transformadas em mercadorias e recursos terapêuticos (como já vem ocorrendo com a acupuntura, que é uma das práticas da Medicina Tradicional Chinesa) e reforçar a hegemonia da biomedicina e a medicalização (BARROS, TESSER, 2008).

Apesar das dificuldades inerentes, as pesquisas mais recentes revelam o aumento do interesse de profissionais dos serviços públicos de saúde por medicinas e práticas complementares (BARROS, 2003; SALLES, 2006; TESSER, ALLEOTTI, BARROS, 2005).

O que faz com que médicos, formados no paradigma da biomedicina, procurem outra racionalidade médica como especialidade ou formação em práticas terapêuticas não aceitas pela comunidade médica, tem sido motivo de pesquisas diversas (QUEIROZ, 2000;

SALLES, 2001, 2006 e 2008 b, BARROS, 1997 e 2008, LUZ, M. 1996 e 2007, IORIO, 2007, NOGUEIRA, CAMARGO, 2009; SOUZA, 2008). As justificativas apontam para o desconforto com a prática médica, onde sobressai a crítica ao distanciamento crescente na relação médico-paciente, a excessiva e cara dependência de exames diagnósticos e medicamentos, e a iatrogenia crescentes destas práticas, além das limitações próprias do modelo com a falta de resposta aos problemas complexos dos pacientes. As próprias crises, culturais e pessoais, que levam ao questionamento de valores e concepções sobre saúde/doença/cuidado, ser humano/ser espiritual, vida/morte, natureza/ecologia/homem, e outros conhecimentos, tradições e preconceitos, estão na base da procura por outras respostas que não aquelas propostas pelo positivismo.

Porém, este movimento na direção do reconhecimento social e da institucionalização de práticas integrativas e complementares, vem acompanhado de críticas, oposições e controvérsias, além de alertas quanto aos modismos e incentivo ao consumismo pela exposição na mídia, e contestação da legitimidade das mesmas, por não terem asseguradas sua eficácia e segurança, opiniões que partem principalmente das corporações médicas (CFM, 1998; CREMESP, 2009; LEAL; SCHWARTSMANN; LUCAS, 2008, De SIMONI; BARROS, 2007).

Diversos relatos de uso de medicinas e terapias complementares em atenção primária apontam para a satisfação de médicos e usuários destes serviços quanto aos resultados terapêuticos (ESTRELA, 2006). Um trabalho de intervenção homeopática, realizada durante 18 meses com crianças e adolescentes de uma comunidade periférica de São Paulo constatou a diminuição de co-morbididades, das doenças crônicas, dos distúrbios de comportamento e da indisposição para o aprendizado dos pacientes atendidos no período (BAROLLO, 2007).

A busca por outras terapias e medicinas vem se acentuando nas últimas décadas, inclusive pela clientela dos serviços públicos de saúde, anseio este respondido por gestores de múltiplos municípios ou serviços no Brasil (BRASIL (g), 2004 e (c) 2008; JUSTO, GOMES, 2007; MONTEIRO; IRIART, 2007). A história da implantação de práticas complementares na rede básica de Santos é interessante por mostrar estas alternâncias no comprometimento dos gestores com esses serviços. O serviço médico homeopático iniciou nesta cidade em 1988, foi descentralizado para as unidades básicas em 1989, passou por períodos de quase extinção, e, por pressão dos usuários (via Conferência Municipal de Saúde de 1996; e a criação do Movimento Amigos e

Usuários de Homeopatia e Acupuntura – MAUHA em 1999) foi restabelecido. O serviço hoje está bem estruturado, oferecendo homeopatia, acupuntura e fitoterapia no Centro de Práticas Alternativas (CEPRAL), tendo atendido 50.000 pessoas entre 1995 e 2004 (JUSTO; GOMES, 2007).

Em pesquisa do Ministério da Saúde, o Diagnóstico Nacional da oferta de práticas integrativas e complementares em serviços públicos de saúde, realizado entre março e junho de 2004, 17,3% dos 1342 municípios que responderam ao inquérito afirmaram a presença das PIC na rede pública. Estes 232 municípios estavam distribuídos em 26 estados e 19 capitais. Práticas complementares como Reiki, Lian Gong e Tai-Chi-Chuan predominaram, seguidas pela Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura (BRASIL(g), 2004).

Em 2008, quando foi realizado o 1º Seminário Internacional sobre Práticas Integrativas e Complementares, os dados apresentados chamaram a atenção por demonstrar o rápido crescimento na oferta das PIC nos serviços públicos: em 2005 somavam 800 os municípios que dispunham de serviços na área das PIC; em 2007 foram realizadas 385.950 consultas de acupuntura e 312.533 consultas de homeopatia pelos dados do SIA/SUS, prestados por 810 homeopatas e 699 acupunturistas (BRASIL(b), 2008). Os projetos brasileiros apresentados neste seminário foram:

- a) Distrito Federal (Dra. Soraya Coury): conta com o Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração, e com práticas integrativas em diversas UBS como: Homeopatia (23 médicos), M. T. Chinesa e acupuntura (17 médicos), automassagem, Lian Gong, Tai Chi Chuan; shantala, musicoterapia, meditação, arte terapia, Fitoterapia e plantas medicinais. Fornecem 9 fitoterápicos a 25 UBS e em 2 hospitais. Um grupo de trabalho planeja a implantação do pronto-atendimento em homeopatia no Hospital Regional da Asa Norte e, em curto prazo, de uma farmácia pública de manipulação de medicamentos homeopáticos;
- b) Vitória (Dra. Henriqueta Sacramento): tem programas na área de fitoterapia e plantas medicinais, com farmácia de manipulação (11 fitoterápicos na relação de medicamentos). Além disso oferece arte terapia, musicoterapia, terapia ocupacional, homeopatia (5 médicos) e acupuntura (4 médicos), em algumas UBS e num centro de referência;
- c) Campinas (Dra. Lídia A. N. de Almeida) Oferece acupuntura, homeopatia, fitoterapia (com a Botica da Família), M.T

Chinesa, osteopatia e o programa Corpo em Movimento. Este programa possui 216 instrutores e 167 grupos para a prática de ginástica e Lian Gong. Hoje, 90% do município é coberto por práticas corporais. Treinamento em acupuntura para dor (técnica de Yamamoto) foi realizado por 145 médicos da rede que a praticam em 23 UBS. Possui ainda farmácia de manipulação com 13 fitoterápicos e produz 31 formulações farmacêuticas;

- d) Amapá (Dr. Elziwaldo L. Monteiro): possui um Centro de Referência em Tratamento Natural onde são oferecidas diversas terapias. Em 2007 foram realizados 73.374 atendimentos;
- e) Recife (Dra. Odimarilis Dantas): conta com centro de referência: Unidade de Cuidados Integrals em Saúde (UCIS) com diversas terapias, oficinas de capacitação para a comunidade e práticas corporais em grupo;
- f) Várzea Paulista (M^a. Do Carmo C. Carintéro): oferece acupuntura, Lian Gong, Shantala, massoterapia e fitoterapia;
- g) Pindamonhangaba (Dra. Ana Emília Gaspar): organizou um workshop sobre plantas medicinais e fitoterapia em junho 2006 e um fórum sobre Práticas Integrativas e Complementares. Abriu um Centro de PIC em agosto de 2006 e já oferece homeopatia, arte terapia, fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa, Lian Gong e atividades em segurança alimentar. Produzem fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

Muitos outros municípios têm serviços estruturados como no estado do Rio de Janeiro. Em pesquisa atualizada em 2006 consta a presença de Homeopatia em 16 municípios e outros 23 municípios interessados em implantar este serviço; Fitoterapia em 14 municípios. A cidade do Rio de Janeiro possui 32 UBS com 54 médicos homeopatas, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com acupuntura e 15 profissionais, a fitoterapia está presente em 15 UBS com 79 médicos e 7 farmacêuticos atuantes na área (dados do Programa Estadual de Homeopatia, SES/RJ, acessado em julho 2008). Em 2004 a cidade de São Paulo possuía 69 UBS com médicos homeopatas além de farmácia homeopática pública, 2 centros de referência em Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas complementares, um grupo de trabalho que desenvolvia estratégias de ação para a área e já havia proporcionado curso de capacitação em Homeopatia para os médicos

da rede obterem o título de especialista (dados apresentados no XXVIII Congresso Brasileiro de Homeopatia em 2006, pela Dra Célia Barollo). Belo Horizonte possui atualmente 16 médicos homeopatas, 9 acupunturistas e 2 médicos antroposóficos, que atendem em 24 UBS e uma unidade de atenção secundária (BOLETIM PROHAMA, 2009).

Nova pesquisa realizada com 4051 municípios, entre 18 de março e 04 de abril de 2008 pelo Ministério da Saúde revelou aumento da presença destas práticas no SUS, sendo que em 72% a oferta é na atenção primária, 14% na secundária, 10% nos NASF e 4 % na atenção terciária. O Quadro 1 apresenta o número de municípios com oferta PIC, em 2004 e 2008, segundo as duas pesquisas do MS (BRASIL (g), 2004, BARROS et all, 2009).

Práticas Interativas e Complementares	Número de municípios brasileiros com oferta de PIC	
	2004	2008
Homeopatia	158	285
Medicina Tradicional Chinesa	107	203
Fitoterapia	116	350
Termalismo Social	0	60

Quadro 1: Comparativo do número de municípios brasileiros que ofereciam Práticas Integrativas e Complementares em 2004 e 2008.

Fonte: Diagnóstico Nacional de oferta de PIC, 2004 e 2008. (BRASIL (g), 2004; BARROS et all, 2009)

Esta pesquisa de 2008 revelou que o medicamento homeopático é oferecido por 63% dos municípios com serviço de Homeopatia, geralmente por convênio com farmácias privadas; as agulhas para acupuntura são fornecidas por quase 80% dos municípios que ofertam esta atenção e apenas 53% dos municípios que tem atendimento em Fitoterapia fornecem os medicamentos fitoterápicos.

A presença no SUS da Homeopatia, Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa e Fitoterapia vêm aumentando nos últimos anos, assim como práticas diversas como yoga, Tai Chi Chuan, Liang Gong, Reiki, Biodança, Automassagem, entre outras. Tais experiências demonstram a aceitação das práticas integrativas e complementares pelos usuários, pelo pessoal técnico da área da saúde e pelos gestores dos serviços públicos e revelam que há uma mudança no panorama da atenção à saúde, não só de ordem estrutural, mas, provavelmente, de paradigmas em saúde (LUZ, M., 2005, TESSER, 2009, SALLES, 2008).

3.4 As justificativas para a difusão

“Ao colonizar uma cultura tradicional, a civilização moderna transforma a experiência da dor. Retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico.”³

Ivan Illich (1975) apresenta a “cultura tradicional” como sendo a cultura pré-industrial, na qual o homem é responsável pelo seu comportamento frente à dor. Considera que é o meio social, a cultura, que torna a dor suportável, por lhe dar um sentido. Ele distingue essa cultura tradicional da cultura moderna, da era científica de hoje, na qual se separa a mente e o corpo. A distinção entre corpo e mente permite o domínio sobre a matéria, mas não explica a experiência íntima que cada um tem de seu próprio corpo (GUENANCIA, 2006).

A medicina concentrou seus esforços no desenvolvimento de medicamentos e tecnologias que possibilitem o domínio sobre o corpo mais do que no entendimento de sua relação com a mente, a natureza e os outros. Isso inclui o modo com que os homens lidam com a dor e o sofrimento. Uma relação hoje estudada mais pela antropologia, para a qual saúde e doença são vistas como processos psicobiológicos e socioculturais e a cultura como uma expressão humana frente à realidade. Mas as culturas não são isoladas, elas interagem, assim como os indivíduos dentro de uma cultura. Portanto, as percepções individuais do sofrimento são heterogêneas, dependentes da subjetividade e da experiência de cada um. Esta postura contrasta com a abordagem antropológica clássica, na qual as práticas culturais e sociais sobre a saúde eram vistas como obstáculos às melhorias na saúde proporcionadas pela biomedicina, considerada a única autêntica (LANGDON, 2003). Quando este autor conceitua doença como experiência, como um processo subjetivo mediado pela cultura, que lhe dá o significado, ele se aproxima da visão de Illich (1975).

A busca pela eliminação da dor e do sofrimento que vem sendo perseguida freneticamente pela nossa sociedade e pela biomedicina também é capaz de anestesiá-la, o que foi chamado de “expropriação da

³ Ivan Illich, A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina, 1975, capítulo VI, pág. 127.

dor e da capacidade de sofrer” por Illich (1975).

Essa expropriação é também um exercício de poder de uns sobre outros, ainda que disfarçada sob uma retórica de compaixão para com o sofrimento alheio e que leva à medicalização do sofrimento e da vida. Caponi (2000) apresenta a Tecnologia Pastoral, de Foucault, como sendo a estratégia de poder, na qual a tecnologia do poder se contrapõe às tecnologias do eu, ou seja, a terapêutica moderna sendo imposta, exigindo a obediência do sujeito, não permitindo a “governabilidade” própria.

Para Canguilhem (1978) o homem sadio não foge dos problemas, das alterações, pois sua saúde se mede pela capacidade de superar crises orgânicas. “O homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita ao seu organismo. É, portanto, além do corpo que se deve olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (pág.162). É esta capacidade de olhar além do corpo que falta à medicina moderna, que concentra os esforços nos aspectos da dor que podem ser experimentalmente estudados. Como diz Illich (1975, pg.134) “é por objetivar a dor que o médico não compreende nada do sofrimento do seu paciente”.

Segundo Verdi e Caponi (2005) existe um risco real de expropriação da saúde ao ser delegado ao profissional de saúde a definição de saúde/doença e as decisões, como se estas fossem somente de caráter técnico. Justamente pela relação médico-paciente ter sido reduzida à busca do diagnóstico por meios técnicos, ao ponto de quase abolir a fala do paciente e, também, do médico, como revelam estudos sobre a questão. Como relata o Dr. Jerome Groopman, médico e professor de Harvard, autor de vários livros sobre a relação médico-paciente e o pensamento médico: “... consultei 6 médicos e vi que eles podem ter opiniões absolutamente diferentes sobre o que está errado, cometendo o equívoco de não olhar o quadro todo e não ouvir o relato inteiro... Eles interrompem seus pacientes 18 segundos depois que eles começam a contar sua história.” (Entrevista a Mônica Tarantino, revista ISTO É, 24/12/2008, ano 31, nº 2042). E esta não é uma opinião ou impressão isolada. Beckman *et al.*(1984) constataram que 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos depois de 15 segundos de explicação do problema.

Esta não compreensão do sofrimento humano e a deterioração da relação médico-paciente, comum aos médicos da atualidade, a centralização da Biomedicina na doença e não no doente e a recusa à visão segmentada do ser humano, são pontos em comum à revisão crítica das atuais práticas em saúde, a qual vem impulsionando a busca

por alternativas (AYRES, 2007, MENÉNDEZ, 2003).

A definição de saúde (“o completo bem estar físico, mental e social”) proposta pela OMS em 1948, é muito abrangente e potencialmente medicalizante. Esta definição foi superada por outras mais dinâmicas como a que define saúde como “uma condição de equilíbrio ativo”, o que supõe capacidade de reagir às doenças, e equilíbrio entre o ser humano e seu ambiente natural, familiar e social, aproximando-se das concepções das medicinas vitalistas como a homeopatia, a ayurveda e a medicina chinesa (BERLINGUER, 1996). Essas medicinas consideram o corpo como *terreno*, onde as falhas propiciam o aparecimento de doenças, sendo necessário propiciar seu reequilíbrio. Esse reforço pode ser conseguido com acupuntura, meditação, plantas medicinais, medicamentos de ordem energética (como os homeopáticos) e com a correção da alimentação. Principalmente a medicina chinesa, a tibetana e a ayurveda valorizam a alimentação, tanto para prevenção quanto para a cura das doenças. Muitos estudos estão seguindo esta linha, comprovando que, na base das nossas *epidemias* ocidentais está a alimentação atual e mostrando caminhos para o entendimento destes processos (SERVANSCHREIBER, 2008; JONAS, LEVIN, 2001).

Além disso, a proposta da OMS dos anos 70, de *Saúde para todos no ano 2000*, apesar de ter suscitado alguns avanços nas políticas de governo ao redor do mundo, não pôde ser ainda concretizada devido às mudanças nas condições político-sociais, em que as diferenças entre países pobres e ricos e entre populações dentro dos países, mesmo dos mais desenvolvidos, aumentaram, ao invés de diminuir, como pretendia a OMS (BERLINGUER 1996). Assim, a par de problemas sérios de violência, pobreza, uso e tráfico de drogas, e outras mazelas da globalização e das desigualdades, se delineia uma crise na saúde e na medicina, conseqüência de mudanças sociais e culturais, geradoras de certo mal-estar contemporâneo, que impulsionam inclusive a busca por outras concepções de saúde/doença/cuidado (LUZ, M. 2005). O que motiva as pessoas a buscarem serviços de saúde é encontrar alívio para o seu sofrimento e é necessário compreender esta demanda social por cuidado e as razões que levam à utilização das práticas terapêuticas alternativas (ESTRELA, 2006).

No Brasil estes aspectos permeiam as discussões a respeito da Promoção da Saúde, um discurso também não isento de ambigüidades. Uma vertente está centrada no comportamento do indivíduo, que prioriza aspectos educativos e fatores de risco, e a outra centraliza a questão nos determinantes gerais de saúde. Esta vertente atua em quatro

campos; políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades favoráveis à saúde. Não podemos reduzir as questões de saúde ao individual, é preciso situar a promoção de saúde no contexto social, para diminuir as desigualdades sociais e aumentar o bem-estar coletivo (VERDI; CAPONI, 2005).

Dentre os determinantes gerais de saúde se situa como eixo importante a questão da alimentação, tanto pelas políticas públicas de segurança alimentar, que é garantir a nutrição adequada da população, quanto na qualidade desta alimentação, o que tem uma interface nos ambientes saudáveis tanto para as pessoas como para os animais e plantas que servem ao homem. Conscientizar as pessoas sobre alimentação saudável pode fortalecer a ação comunitária de defesa do meio ambiente e desenvolver atitudes individuais benéficas à saúde (SERVAN-SCHREIBER, 2008).

3.5 PIC no SUS e integralidade

As discussões sobre sistemas públicos de saúde, principalmente em países grandes e heterogêneos como o Brasil, envolvem dificuldades políticas e são de extrema complexidade. Os modelos sanitários são resultantes de disputas e acordos entre grupos com interesses e valores diferentes e por isso são construções sociais. Para o dimensionamento dos problemas envolvidos é necessário discutir também os aspectos éticos das decisões (VERDI; CAPONI, 2005). Dentre os pensadores que trazem o discurso Bioético para a prática cotidiana está Berlinguer (1996), que questiona se será possível conciliar assistência para todos com a liberdade de escolha e com a qualidade dos tratamentos.

A ética do cotidiano é necessária devido às mudanças nas relações de trabalho, principalmente no modelo de atenção proposto pela Estratégia de Saúde da Família, o qual assume um conceito ampliado de atenção primária. Seus profissionais devem compreender que as condições de vida definem o processo saúde-doença, sua prática deve ser a da responsabilização pelo cuidado, a promoção da saúde e do exercício da cidadania na comunidade (ZOBOLI; FORTES, 2004; LIMA; 2008, BRASIL, 2006).

É para dar conta de tantas demandas que surgiram as propostas de equipes multiprofissionais na atenção básica, e a inclusão das medicinas e práticas terapêuticas complementares (ANDRADE; SOARES; CORDONI, 2001; BRASIL/MS, 2005). Estas propostas não parecem

estar dissonantes com a Estratégia de Saúde da Família, já que a responsabilidade assumida por esta estratégia pressupõe um comprometimento maior com as pessoas e com a comunidade. E isso requer também uma revisão dos conceitos sobre saúde, meio ambiente, comunidade, ser humano, educação, promoção de saúde e atenção à saúde, já que na Saúde Pública a abordagem deverá ser necessariamente pluri e interdisciplinar (PAUL, 2000).

A abordagem transdisciplinar faz refletir sobre a difícil situação geral da Biomedicina, e da Saúde Pública em particular. Se por um lado a ciência, com toda a tecnologia e a hiperespecialização, gerou uma medicina de ponta, de alto custo e difícil acesso, a complexidade de um sistema de saúde pública necessita de políticas amplas e que respeitem a integralidade e a universalidade da atenção, o que se contrapõe à simplicidade do sujeito enquanto indivíduo objeto de atenção. É o sujeito, com sua história e suas relações com o social, o meio ambiente, as dimensões espirituais e psicológicas, que precisa ser atendido (PAUL, 2000). Essa é uma das maneiras de se entender a integralidade na atenção à saúde do sujeito, apesar deste tema da integralidade continuar indefinido e ser um problema, além de institucional, epistemológico, particularmente para a biomedicina (TESSER; LUZ, 2006).

Como a visão de integralidade é oposta à prática das especialidades, é de se esperar que sejam frustrantes e frustrados os objetivos e as ações no atendimento à saúde dos indivíduos e coletividades, principalmente na Atenção Primária à Saúde. Por isso as equipes multidisciplinares tornam-se indispensáveis para se alcançar um mínimo de integralidade neste nível de ação. Mas cada profissional, dentro das possibilidades disciplinares, tem sua própria abordagem e competência, o que nos leva à problemática do encarecimento dos serviços e à subdivisão de tarefas e à fragmentação do sujeito a ser atendido - o que se distancia do entendimento do adoecimento e da integralidade do ser humano (TESSER; LUZ, 2006; SALES, 2006). Sem contar que no contexto da biomedicina, e sob a pressão do chamado complexo médico-industrial, há uma tendência a medicalizar os processos vitais e a submeter os pacientes a procedimentos e exames de alta tecnologia, cada vez de mais alto custo (BERLINGUER, 1996).

É em função também destes fatores que a Organização Mundial da Saúde preconizou a inclusão, dentro dos serviços públicos de saúde, das Medicinas Tradicionais e Medicinas Alternativas e Complementares (MT/MAC) (OMS, 2002). A proposta da OMS segundo Xiaouri Zhang (2008), coordenadora do departamento de medicina Tradicional da organização é possibilitar o acesso dos pacientes aos benefícios dos

conhecimentos de outras racionalidades médicas com uma abordagem mais ampla em saúde.

No Brasil das diretrizes básicas do SUS: descentralização, atendimento integral e participação comunitária é a integralidade que suscita maiores imprecisões mas é ela que representa o cerne da luta do movimento sanitário da década de setenta por uma sociedade mais justa e igualitária. Mas também é a banalização do uso dessa expressão que impede uma visão crítica do próprio SUS e a perda do entendimento do que ela pode significar (MATTOS, 2001).

Este autor traça três aspectos da integralidade na sua discussão: primeiro na visão da chamada medicina integral em oposição aos recortes das especialidades, estando mais relacionada à atitude dos médicos e à boa prática médica, a qual ensejou discussões sobre mudanças curriculares. Noutro aspecto discute a relação entre a medicina preventiva e a assistencial, observando que a busca por fatores de risco e por prevenção deve fazer parte do atendimento à saúde, sem descuidar do fato de que esta ênfase na prevenção é também medicalizante, no sentido de regulação do modo de vida do sujeito e de outros aspectos sociais. De qualquer forma propõe que a integralidade não pode ser entendida apenas no sentido da boa medicina e da atitude dos profissionais devendo ser estendida a todos os encontros dos indivíduos com o serviço de saúde. Para tanto é necessário rever os processos de trabalho e este é um segundo aspecto da integralidade, que implica em rever a organização dos serviços, o planejamento e as formas de apreensão das necessidades da população sob os cuidados deste serviço. O terceiro aspecto tem a ver com as políticas públicas para problemas de saúde e a possibilidade de que estas respeitem as especificidades dos grupos populacionais para as quais se destinam. Conclui que a integralidade é “um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.” (MATTOS, 2001, pag.63)

Sem entrar na discussão propriamente dita deste significado de integralidade, Mattos (2001) toca na questão de que a crítica às instituições e às práticas médicas levou também ao questionamento da própria racionalidade médica hegemônica, na necessidade de superar alguns de seus limites, com alguns grupos defendendo a aceitação de outras racionalidades médicas na atenção à saúde.

A formulação de uma política pública para a inclusão das práticas Integrativas e Complementares no SUS e o fortalecimento da atenção primária com a Estratégia da Saúde da Família traz a integralidade para o centro do debate sobre atenção à saúde merecendo que todos os

aspectos deste polissêmico conceito sejam revistos e que o objetivo final seja alcançar os valores defendidos na Constituição, na qual a saúde é um direito de todos.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Este é um estudo de natureza empírica, exploratória, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio de um questionário estruturado (Apêndice B) e entrevistas semi-estruturadas (Apêndice C). Esta escolha leva em consideração que toda ciência é qualitativa por ter a função de explicar ou compreender um objeto de estudo, e por isso, Briceño-Léon (2007) propõe a combinação de técnicas qualitativas e quantitativas em pesquisa. Para Minayo e Sanches (1993) estas abordagens de pesquisa em Saúde Pública, não são suficientes, isoladamente, para a compreensão completa da realidade, o que corrobora a justificação do uso complementar das mesmas.

A entrevista, por um lado, é importante técnica de pesquisa em ciências sociais e tem um caráter de interação, de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde (BARDIN, 1995). Permite a exploração das opiniões e percepções dos informantes a respeito do tema em estudo, o que é um processo de aprendizagem e aprofundamento no universo dos entrevistados (DUARTE, 2006, BRICEÑO-LÉON, 2007). Nas entrevistas foi utilizado um roteiro semi-estruturado mas permitindo ao entrevistado sua livre expressão e a progressão lógica e plausível dos temas em foco (BAUER; GASKELL, 2003). Estas foram gravadas com autorização dos entrevistados para posterior transcrição, que foi realizada por pessoa capacitada e pela pesquisadora.

Se, por outro lado, os questionários estruturados são mais superficiais, eles geram dados quantificáveis, são aplicáveis a um número grande de pessoas, ajudam a descrever e analisar a realidade dos pesquisados, não os expõem às idéias do pesquisador e garantem o anonimato (TOBAR; YALOU, 2004; GIL, 1995). A pesquisa de opinião não visa obter a opinião média, mas explicitar as principais idéias sobre o tema da população em estudo e sua magnitude, bem como as inter-relações e contradições entre estas idéias. Oferece um reflexo do clima predominante de opinião (GIL, 1995).

4.2 Cenário da pesquisa

Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, e está

localizada na Ilha de Santa Catarina. Sua população estimada para 2008 é de 406.564 habitantes, com um índice de 0,875 de Desenvolvimento Humano (IDH), e 15,4% da sua receita é aplicada em saúde (EC-29). Em agosto de 2008 a rede de atenção básica contava com 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 5 Regionais (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul) e dispunha de 94 equipes de Saúde da Família (BRASIL, (h) 2007). O mapa (Anexo B) mostra a divisão da ilha por regionais de saúde e a localização das unidades básicas de saúde (UBS). Apesar de capital do estado, as características próprias de uma ilha conferem a Florianópolis determinadas peculiaridades como o de ter agrupamentos populacionais distintos, alguns no interior da ilha são de cultura rural, com predomínio de pequenos agricultores, outros são colônias de pescadores, algumas praias mais urbanizadas tem população formada por imigrantes, além da população urbana central e periférica. A geografia de morros na região central da ilha também propiciou o surgimento de favelas no entorno do centro da cidade. Com isso a diversidade cultural da ilha é grande, tem um crescimento populacional acelerado, mas preserva ainda alguns núcleos de cultura tradicional açoriana. As distâncias entre os núcleos populacionais e o centro variam de 15 a 60 km e, apesar do movimento comercial ocorrer principalmente na região central, as UBS, e mais recentemente as Policlínicas e unidades de pronto-atendimento (UPAS), cumprem de fato o papel de rede de atenção à saúde, e estas localidades são propícias para a Estratégia da Saúde da Família.

4.3 Universo e amostra

O universo da pesquisa foi considerado o total de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) que integravam as 94 equipes da rede básica de Florianópolis, em 2008, perfazendo 188 profissionais previstos. A eles foi apresentado o questionário semi-estruturado para a realização da pesquisa exploratória. Foi utilizada como critério de exclusão a recusa do profissional em participar da pesquisa e a ausência do profissional da UBS no período da coleta após três tentativas de contato.

Para a amostragem da pesquisa qualitativa foi realizada uma seleção de informante-chave para as entrevistas semi-estruturadas. Esta pesquisa foi realizada somente após o término da pesquisa exploratória e da sistematização dos dados coletados. As visitas às UBS para a realização dos questionários foram realizadas pessoalmente pela

pesquisadora e pelas anotações de um diário de campo foi possível identificar possíveis informantes-chave para as entrevistas. Os critérios para esta escolha foram: deveriam ser profissionais que pudessem colaborar para um reconhecimento do campo de pesquisa e se dispusessem a compartilhar seus conhecimentos com a pesquisadora, que trabalhassem em unidades de saúde que oferecem algum tipo de prática complementar, tanto especialista como não especialista em práticas complementares, e fossem tanto médicos como enfermeiros.

4.4 Coleta de dados

Abaixo estão listados sucintamente os pontos abordados nos questionários (Apêndice A) e que também embasaram o roteiro das entrevistas (Apêndice B):

- a) Dados pessoais: sexo, idade, estado civil, nº.filhos, graduação, local e ano de formação, cursos de especialização e pós-graduação, contato com PIC na graduação e/ou cursos realizados, atividades profissionais passadas e atuais;
- b) Conhecimento e interesse sobre as PIC e a PNPIC;
- c) Experiência com PIC (conhecimento, uso, indicação, prática);
- d) Percepção sobre interesse da comunidade pelas PIC;
- e) Propostas e posições quanto à forma de implantação das PIC no SUS;
- f) Percepção das dificuldades e facilidades para a implantação das PIC na rede (somente nas entrevistas).

4.4.1 Teste Piloto do questionário

Com o objetivo de testar a validade e a precisão do instrumento foi realizado um teste piloto do questionário, aplicado em uma amostra de 10 indivíduos semelhantes aos do estudo, entre médicos e enfermeiros que trabalham na rede básica. O objetivo foi descobrir problemas relacionados à aplicação do instrumento como: qualidade das perguntas, dificuldade de interpretação de questões, questões mal formuladas, questões que direcionavam respostas e outras dificuldades, tendo o resultado do teste piloto direcionado algumas modificações no instrumento (GIL, 1995).

O questionário constou de 10 questões sobre o perfil do

profissional, 9 questões relacionadas à percepção, interesse e contato dos mesmos sobre estas práticas e um quadro contendo diversas PIC para avaliação do grau de conhecimento, uso próprio ou familiar e recomendação de uso para os pacientes. E uma última questão aberta para a expressão de opiniões e sugestões sobre a pesquisa ou o tema.

4.4.2 Variáveis

a) Variáveis dependentes:

A variável “desfecho: *concorda com inclusão das PIC no SUS*” foi considerada (SIM) quando o profissional assinalou uma das duas primeiras opções de concordância com esta inclusão. Como negativa (NÃO) foram consideradas: concordância com a inclusão de apenas algumas das práticas no SUS, os indecisos e os que discordam.

A outra variável “desfecho: *interesse por práticas Integrativas e Complementares (PIC)*” foi considerada (SIM) quando o profissional gostaria de participar de uma capacitação ou de realizar uma especialização/formação na área e como (NÃO) foram consideradas: nenhum interesse, pouca curiosidade e gostaria de conhecer mais a respeito.

b) Variáveis independentes

As variáveis independentes (exploratórias) foram as características individuais e as profissionais relacionadas nos quadros abaixo.

Características individuais		
Variável	Operacionalização	Categorização
Sexo	Masculino/feminino	Masculino/feminino
Idade	Variável contínua	35 anos ou menos Mais de 35 anos
Estado civil	Nominal	Casado/união estável Solteiro outros
Filhos	Variável contínua	Sim e não
Graduação	Enfermagem/medicina	Enfermagem/medicina
Pós-graduação	Nominal	Nenhuma Saúde Pública Saúde da Família Homeopatia/Acupuntura Outras

Quadro 2: Nome, operacionalização e categorização das variáveis relativas às características individuais investigadas.

Características profissionais		
Variável	Operacionalização	Categorização
Tempo de trabalho no SUS	Variável contínua	Menos de 2 anos De 3 a 7 anos Mais de 8 anos
Tempo de formado	Variável contínua	0 a 5 anos 6 a 10 anos Mais de 11 anos

Quadro 3: Nome, operacionalização e categorização das variáveis relativas às características profissionais investigadas.

Outras variáveis investigadas foram: a opinião sobre a inclusão das PIC nos níveis de atenção no SUS e nos cursos da área da saúde, e a relação com as PIC como: conhecimento a respeito de algumas delas, uso próprio/familiar, recomendação/encaminhamento e prescrição.

4.4.3 Operacionalização

Por contato telefônico com o Coordenador da Unidade Básica de Saúde (UBS) foi agendada a visita da pesquisadora para aplicação do questionário. Os profissionais foram elucidados sobre os objetivos da pesquisa, da necessidade do consentimento informado, da segurança do anonimato, da possibilidade de recusa à participação e sobre o modo acordado de retorno dos resultados. Os questionários foram preenchidos pelos próprios profissionais após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1 (Apêndice C).

Os questionários foram organizados por lotes numerados com identificadores: 1 algarismo por regional, 2 algarismos por ULS, 1 algarismo por profissional.

As entrevistas foram solicitadas por telefone ao informante-chave e realizadas em local e horário à escolha do entrevistado. Foram fornecidos os esclarecimentos necessários, garantida a confidencialidade dos dados e o direito de suspender o consentimento a qualquer momento e solicitada autorização para gravar a entrevista, que ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 em duas vias (Apêndice D).

4.5 Processamento dos dados

As respostas dos questionários foram digitadas para formar um banco de dados estruturado. O software EPI-DATA permite a validação da entrada de dados para amplitude e consistência das variáveis. As variáveis foram analisadas posteriormente pelo pacote estatístico STATA-10 e pelo EPI-DATA Analysis. Foi realizada estatística descritiva dos dados e testada a associação de alguns fatores em relação à variável desfecho. As análises qualitativas visaram estabelecer um quadro descritivo das opiniões dos profissionais. Os comentários da questão aberta foram computados e codificados para a realização da análise de conteúdo.

4.5.1 Análise estatística dos dados

Os fatores estudados como possivelmente associados ao *interesse por PIC* foram: graduação (medicina ou enfermagem), oferta de alguma PIC na ULS onde trabalha (sim ou não/não sabe), tempo de formado e possuir filhos (sim ou não).

A outra variável desfecho foi *concorda com inclusão das PIC no SUS* e os fatores estudados como possivelmente associados a este desfecho foram: graduação (medicina ou enfermagem), tempo de serviço no SUS, oferta de alguma PIC na ULS onde trabalha (sim ou não/não sabe) e o uso individual ou pela família de homeopatia e de acupuntura.

Foram calculados intervalos de confiança de 95% e consideradas estatisticamente significativas as associações com um valor de $p < 0,05$.

4.5.2 Análise das entrevistas

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos informantes e transcritas integralmente por outro profissional. Após a transcrição das entrevistas, os textos foram revistos e checados quanto à fidedignidade pela pesquisadora. Cada depoimento foi lido e comparado ao roteiro de tópicos da entrevista e realizado o mapeamento dos temas de análise. O objetivo foi procurar sentido e compreensão, procurando por temas com conteúdo comum, buscar contradições e convergências nas atitudes e opiniões (BAUER; GASKELL, 2003). Os temas foram reorganizados em categorias analíticas e interpretados principalmente

por meio da análise temática de conteúdo, como mencionado em Minayo (2006) e Bardin (1995).

4.6 Limitações do estudo

Os questionários estruturados têm o propósito de ajudar a descrever e analisar a cultura e a conduta dos pesquisados, porém esta técnica implica em se obter respostas objetivas para perguntas subjetivas, o que sacrifica o significado das opiniões e reduz a pesquisa a objetos quantificáveis. Mas permitem sua aplicação a um grande número de pessoas o que possibilita uma amostragem de opiniões com significância estatística, avaliando a magnitude das posições e opiniões possibilitadas pelo questionário no grupo estudado. Outro viés é a não garantia de igual compreensão do sentido de algumas questões, o que impossibilitou a análise de alguns aspectos da pesquisa.

O viés de seleção poderia ocorrer se os indivíduos que aceitaram participar do estudo forem diferentes daqueles que recusaram a participação, em relação a variáveis associadas à exposição ou ao desfecho. Para tentar minimizar esse possível viés foram feitas pelo menos três tentativas para reverter perdas, porém algumas não foram possíveis, e as perdas foram contabilizadas, e os motivos descritos. Considerando que as perdas foram mínimas (5,8%), este viés não foi importante para a análise, apesar de que as perdas ocorreram apenas num dos subgrupos de sujeitos da pesquisa (dos médicos).

A abordagem qualitativa permitiu explorar em maior profundidade e riqueza o tema central, porém seus resultados não podem ser generalizados, no sentido de que não esgotam as possibilidades de interpretações da realidade e não avaliam a magnitude das percepções emergentes nos coletivos. O envolvimento do pesquisador, com seus valores e visões de mundo pode também ter interferido no recorte dado. A disponibilidade dos entrevistados poderia vir a ser uma limitação, o que não foi o caso, assim como a escolha destes envolveu necessariamente uma subjetividade do pesquisador, por isso os critérios de escolha foram descritos. Além disso, a capacidade explicativa e compreensiva da análise de entrevistas é limitada para o entendimento da realidade, uma vez que o discurso momentâneo dos sujeitos é sempre parcial em relação ao complexo mundo social e às suas próprias ações nele.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi registrado no SISNEP e seguiu as normas para pesquisas com seres humanos (Portaria 196/96 e a resolução 251/97). Os sujeitos da pesquisas são adultos autônomos (médicos e enfermeiros), cujo direito de recusar a participação na pesquisa foi devidamente esclarecido, além de garantido o sigilo e a privacidade da identidade. A qualquer momento os participantes podiam solicitar informações sobre a pesquisa ou suspender o consentimento dado através dos telefones fornecidos no TCLE. Os participantes, após receberem as informações sobre o estudo, sua justificativa e metodologia, assim como sobre o modo de retorno dos resultados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, onde se explicita estas garantias. Foram utilizados dois modelos de TCLE, um para a pesquisa exploratória qualitativa (Apêndice D) e outro para a pesquisa de opinião quantitativa (Apêndice E).

Todo o material de pesquisa: fitas gravadas, questionários, termos de consentimento, dados processados foram arquivados sob a responsabilidade da pesquisadora e seu sigilo garantido. Os participantes, assim como demais interessados da Secretaria Municipal de Saúde, foram convidados para uma exposição do resultado da mesma e informados da possibilidade de publicação em periódicos científicos.

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC em 28/07/2008 (protocolo nº181/08) e teve a anuência da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

6 RESULTADOS DA PESQUISA EXPLORATÓRIA

Dos 188 profissionais previstos, 177 (94,15%) responderam ao questionário, dos quais 82 médicos e 95 enfermeiros. Foram excluídos um enfermeiro e dois médicos que não foram encontrados após três tentativas e nove médicos que se recusaram a participar do estudo, e incluídos dois enfermeiros além dos previstos pelo número de equipes de ESF.

Os profissionais das ESF de Florianópolis são predominantemente do sexo feminino (70,6%), casados (51,4%), sem filhos (59,9%), jovens (média: 35) e 40,5% têm até 5 anos de formados (Tabela 1). A maioria (84,2%) tem uma ou mais especialidades, sendo que 77 (43,5%) têm residência e/ou título de especialista em Medicina de Saúde da Família e 22 profissionais (12,4%) têm especialização em Homeopatia ou Acupuntura.

Foram relatados por 39 profissionais (22,0%) outros cursos (não pós-graduação) na área de práticas complementares tais como: homeopatia, acupuntura, auriculoterapia, fitoterapia, massagem, Reiki e outras modalidades.

É de se destacar o fato de que se trata de uma população muito jovem e com pouca experiência de SUS, dos 158 que forneceram dados sobre tempo de serviço, 33% tem menos de 2 anos de trabalho no SUS. O que supõe que sejam na maioria recém formados, já que 40% tem até 5 anos de formado.

Na visão da maioria (59,9%) dos profissionais da ESF de Florianópolis, as Práticas Integrativas e Complementares, mesmo estas sendo consideradas em bloco e a questão permitindo múltiplas respostas, possuem um entendimento mais amplo do processo saúde-doença em relação à Biomedicina. Apenas 5,1% dos profissionais as relacionam ao efeito placebo enquanto que 8,5% crêem que somente deveriam ser usadas as PIC comprovadas pela ciência (Tabela 2).

Quanto à Política Nacional sobre as PIC no SUS (PNPIC), 88,7% dos profissionais desconhecem as diretrizes nacionais sobre o assunto, mas 81,4% são favoráveis à mesma (Tabela 2). Não houve quem discordasse da proposta da política nacional, embora 1,7% declarem-se indecisos e 16,9% concordem parcialmente (aceitam somente algumas práticas), estes foram considerados em bloco (18,6% como não concordantes com a inclusão das PIC no SUS). A inclusão das PIC nos três níveis de atenção à saúde é aceita por 45,8% dos profissionais e outros 51,3% crêem que poderiam ser oferecidas a nível primário e/ou

secundário.

Tabela 1: Caracterização da amostra: perfil dos médicos e enfermeiros de Estratégia Saúde da Família de Florianópolis, Santa Catarina, novembro de 2008.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	52	29,4
Feminino	125	70,6
Idade (anos)		
35 ou menos	116	65,5
Mais do que 35	61	34,5
Estado Civil		
Casado/união estável	91	51,4
Solteiro	71	40,1
Outros	15	8,5
Graduação		
Medicina	82	46,3
Enfermagem	95	53,7
Tempo de formado (anos)		
0 a 5	70	40,4
6 a 10	51	29,5
Mais de 11	52	30,1
Pós-Graduação realizada*		
Nenhuma	28	15,8
Homeopatia ou Acupuntura	22	12,4
Saúde da família	77	43,5
Saúde Pública	36	20,3
Outras	76	42,9
Tempo de serviço prestado ao SUS (anos)		
Menos de 2	53	33,6
3 a 7	62	39,2
Mais de 8 anos	43	27,2
Total	177	100,0

*Permite mais de uma resposta

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo a percepção sobre as PIC de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Florianópolis, Santa Catarina, 2008.

Variável	n	%
Interesse por PIC		
Sim	106	59,9
Não	71	40,1
Existência de oferta de PIC na ULS		
Sim	81	45,8
Não/Não sabe	96	54,2
Existência de oferta de PIC na comunidade		
Sim	68	38,4
Não/Não sabe	109	61,6
Concorda com inclusão de PNPIC do SUS		
Sim	144	81,4
Não	33	18,6
Interesse da comunidade por PIC		
Sim	98	55,4
Não/Não sabe	79	44,6
Inclusão nos cursos de graduação*		
Não deveriam ser incluídas	0	0,0
Disciplina optativa	64	36,2
Disciplina obrigatória	97	54,8
Como especialização	64	36,2
Educação/pesquisa/extensão	77	43,5
Níveis de inserção no SUS		
Todos os níveis	81	45,8
Atenção primária e secundária	50	28,2
Atenção secundária	13	7,3
Atenção primária	28	15,8
Nenhum/Não sabe	5	2,9
Conhecimento sobre PNPIC		
Não/pouco	19	10,8
Sim	158	89,2
TOTAL	177	100,0

*permite mais de uma resposta

No que tange ao interesse pelas práticas complementares 59,9% revelaram elevado interesse, manifestado pelo desejo de fazer uma

capacitação ou uma formação na área (Tabela 2). Apenas 6,8% afirmaram ter pouco ou nenhum interesse. E todos os profissionais concordaram que as PIC deveriam ser abordadas nos cursos da área da saúde. Pesquisas internacionais demonstram algumas concordâncias com este resultado como a realizada nos EUA (SAWNI; THOMAS, 2007) com 648 pediatras, cuja maioria tinha atitude positiva frente ao uso de PIC e 84% eram favoráveis à inclusão das mesmas na graduação médica, e outra realizada em Buenos Aires (BRESCIA, 2004) com 190 pediatras de um grande hospital local, os quais demonstraram grande desconhecimento sobre as práticas investigadas (homeopatia, acupuntura e Florais), porém 52% teriam interesse em informar-se a respeito, sendo que 40% eram favoráveis à inclusão na graduação.

	<i>Acupuntura</i>	<i>Homeopatia</i>	<i>Auriculoterapi</i>	<i>Massoterapia</i>	<i>Quiropratia</i>	<i>M Ayurvedica</i>	<i>Fitoterapia</i>	<i>Massagem</i>	<i>Grupos</i>	<i>Med chinesa</i>
Barra da Lagoa	X	X								
Cachoeira	X									
Canavieiras	X		X							
Capoeiras	X									
Carianos	X								X	
Costa da Lagoa		X							X	
Costeira do Pirajubaé		X	X						X	
Itacorubi	X									
Lagoa da Conceição	X	X			X					
Monte Cristo*	X			X				X	X	X
M. Pedras	X	X					X			
Pantanal		X								
Rio Tavares	X	X	X	X		X	X		X	X
S. Antonio	X						X			
Saco Grande		X	X				X	X	X	
Tapera		X					X		X	
Trindade	X									
TOTAL	12	9	4	2	1	1	5	2	7	2

* Ao final de 2008 todas as atividades terminaram após a saída do residente em MSF.

Quadro 4: Relação das Práticas Integrativas e Complementares oferecidas em novembro de 2008, por UBS, Florianópolis, Santa Catarina.

Tabela 3: Associação entre variáveis de exposição e interesse por PIC dos médicos e enfermeiros de ESF, Florianópolis, Santa Catarina. Novembro, 2008.

Variável	Interesse por PIC		Valor P*
	Sim n (%)	Não n (%)	
Graduação			0,733
Médicos	48 (58,5)	34 (41,5)	
Enfermeiros	58 (61,1)	37 (38,9)	
Existência de oferta de PIC na UBS			0,167
Não	53 (55,2)	43 (44,8)	
Sim	53 (65,4)	28 (34,6)	
Tempo de formado (anos)			0,775
0 a 5	40 (57,1)	30 (42,9)	
6 a 10	31 (60,8)	20 (39,2)	
Mais de 11	33 (63,5)	19 (36,5)	
Possui filhos			0,634
Não	65 (61,3)	41 (38,7)	
Sim	41 (57,8)	30 (42,2)	
Utilização de homeopatia para si			0,002*** §
Sim	26 (83,9)	5 (16,1)	
Não	78 (54,6)	65 (45,4)	
Utilização de homeopatia para família			0,070
Sim	27 (73,0)	10 (27,0)	
Não	78 (56,5)	60 (43,5)	
Utilização de acupuntura para si			0,056
Sim	22 (75,9)	7 (24,1)	
Não	83 (56,9)	63 (43,1)	
Utilização de acupuntura para família			0,013*** §
Sim	20 (83,3)	4 (16,7)	
Não	85 (56,3)	66 (43,7)	

* Teste do qui-quadrado

** valor de *P* significativo com 95% de confiança.

§ Valor de *P* referente ao teste exato de Fisher

A tabela 3 apresenta resultados de testes de associação estatística, considerando como desfecho *o interesse dos profissionais pelas PIC*. Apesar de não verificada diferença estatisticamente significativa, os enfermeiros demonstram um interesse por PIC um pouco maior comparado aos médicos, assim como aqueles que convivem com algum

tipo de PIC na UBS, aqueles com maior tempo de formado e os que não têm filhos. Em contrapartida, as variáveis “utilização de homeopatia em benefício próprio” e “utilização de acupuntura em familiares” foram associadas ao interesse pelas PIC. Quanto maior a utilização destas práticas maior o interesse pelas PIC. Além disso, estiveram no limiar de significância estatística as variáveis “utilização de homeopatia em familiares” e também a “utilização de acupuntura para si mesmo”.

Tabela 4: Associação entre variáveis de exposição e concordância com a inclusão de PIC no SUS. Médicos e enfermeiros de Estratégia Saúde da Família, Florianópolis, Santa Catarina. Novembro, 2008.

Variável	Concorda com inclusão de PIC no SUS		Valor <i>P</i> *
	Sim n (%)	Não n (%)	
Graduação			0,027**
Médicos	61 (74,4)	21 (25,6)	
Enfermeiros	83 (87,4)	12 (12,6)	
Tempo de serviço prestado ao SUS (anos)			0,655
Menos de 2	43 (81,1)	10 (18,9)	
3 a 7	49 (79,0)	13 (21,0)	
8 a 30	37 (86,1)	6 (13,9)	
Existência de oferta de PIC na ULS			0,230
Não	75 (78,1)	21 (21,9)	
Sim	69 (85,2)	12 (14,8)	
Utilização de homeopatia para si			0,019** §
Sim	30 (96,8)	1 (3,2)	
Não	112 (78,3)	31 (21,7)	
Utilização de homeopatia para família			0,911
Sim	30 (81,1)	7 (8,9)	
Não	113 (81,9)	25 (18,1)	
Utilização de acupuntura para si			0,606§
Sim	25 (86,2)	4 (13,8)	
Não	118 (80,8)	28 (19,8)	
Utilização de acupuntura para família			1,000§
Sim	20 (83,3)	4 (16,7)	
Não	123 (81,5)	28 (18,5)	

* Teste do qui-quadrado

** valor de *P* significativo com 95% de confiança.

§ Valor de *P* referente ao teste exato de Fisher

A concordância com a inclusão das PIC no SUS está associada com a formação na graduação dos profissionais da Saúde da Família, demonstrando que os enfermeiros são mais favoráveis à PNPIC. Os profissionais usuários de homeopatia também são mais favoráveis à inclusão das PIC no SUS ($p=0,019$). Todas as outras variáveis testadas não evidenciaram associação estatística com a inclusão das PIC no SUS, conforme descrito na tabela 4.

Como já assinalado a oferta de PIC ocorre em apenas 36,7% das UBS e mesmo assim de forma bastante precária e irregular, com isso o contato direto dos profissionais com as PIC não ocorre na maioria das UBS.

Considerando o grau de conhecimento dos profissionais em relação a algumas práticas integrativas e complementares foi observado que uma grande parte da amostra não conhece ou conhece pouco destas práticas, notadamente sobre a Medicina Antroposófica, a Medicina Ayurveda e a Medicina Tradicional China (Gráfico1). No caso da homeopatia predomina um grau moderado de conhecimento, assim como sobre acupuntura, contrastando com um desconhecimento maior em relação à fitoterapia e às plantas medicinais.

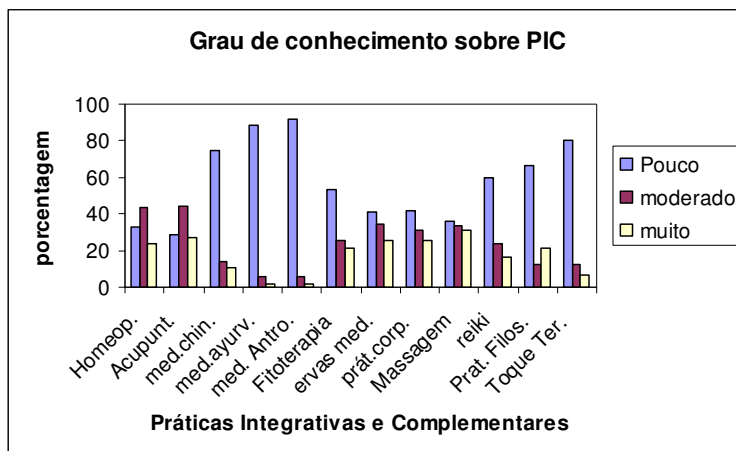


Gráfico 1: Distribuição dos profissionais de ESF segundo o grau de conhecimento sobre algumas Práticas Integrativas e Complementares, Florianópolis, 2008.

Para verificar o uso das práticas integrativas e complementares durante a atividade profissional foram utilizados os dados referentes a encaminhamento ou recomendação dos pacientes para estas PIC. Neste

grupo encontravam-se os que praticavam algumas delas na UBS. Não foram utilizados dados referentes à prescrição das PIC, pois os enfermeiros ficariam excluídos desta análise acarretando um viés importante. Coerente com o grau de desconhecimento sobre elas, para medicina ayurveda, medicina antroposófica, medicina chinesa e toque terapêutico são poucos os pacientes encaminhados. Como observado na relação das PIC presentes nas UBS, estas modalidades não estão na rede e, portanto, estão mais distantes dos pacientes (e dos profissionais) do SUS.

A homeopatia e as plantas medicinais possuem proporções semelhantes de encaminhamentos/recomendações, enquanto que a acupuntura prevalece em relação a todas as modalidades.

Tabela 5: Distribuição do número e porcentagem de profissionais de ESF segundo o grau de recomendação/encaminhamento ou prescrição de algumas Práticas Integrativas e Complementares, Florianópolis, 2008.

Práticas Integrativas e Complementares	RECOMENDA/ ENCAMINHA ou PRATICA						
	Pouco		Eventual		Sempre		Total
	n	%	n	%	n	%	
Homeopatia	86	49,4	45	25,9	43	24,7	174
Acupuntura	61	35,1	58	33,3	55	31,6	174
Medicina chinesa	152	87,3	14	8,0	8	4,6	174
M. ayurveda	168	96,6	2	1,1	4	2,3	174
M. Antroposófica	168	96,6	4	2,3	2	1,1	174
Fitoterapia	87	50,0	50	28,7	37	21,3	174
Ervas medicinais	85	48,8	45	25,9	44	25,3	174
Práticas corporais	105	60,3	35	20,1	34	19,6	174
Massagem	92	52,9	42	24,1	40	23,0	174
Toque terapêutico	157	90,2	7	4,0	10	5,8	174
Práticas de cunho espiritual	131	74,8	19	10,9	25	14,3	174

Coerente com o grau de desconhecimento sobre elas, e o fato de não serem oferecidas na rede, são poucos os pacientes encaminhados para Medicina Ayurveda, Medicina Antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa e toque terapêutico. A Homeopatia, massagem, fitoterapia e plantas medicinais possuem proporções semelhantes de encaminhamentos ou recomendações, e em média, metade dos

profissionais o faz eventualmente ou muitas vezes. Já o encaminhamento para acupuntura prevalece em relação a todas as modalidades, com dois terços de encaminhamentos referidos às vezes ou sempre, provavelmente por ser oferecida em número maior de UBS e nas policlínicas.

6.1 Resultados da questão aberta

A questão aberta ao final do questionário deixou uma opção aos respondentes para exporem sua opinião mais livremente, a qual foi utilizada por 70 profissionais (39,5%) e os assuntos comentados puderam ser agrupados em sete eixos temáticos: 1) a favor da inclusão das PIC no SUS; 2) reforçando o interesse pelas PIC; 3) ressaltando a importância do tema; 4) associando as PIC com os benefícios para a saúde; 5) discutindo o envolvimento da comunidade; 6) apresentando discordâncias e ressalvas; 7) apontando a necessidade de inclusão das PIC nos cursos da área da saúde. Os comentários estão identificados por apenas pelo E (enfermeiro) e M (médico) e um número de identificação pela ordem em que foram transcritos.

6.1.1 A favor da inclusão das PIC no SUS (28 comentários)

Este tema e seu número de comentários reforçam a posição favorável dos profissionais à inclusão das PIC no SUS e indica o desejo de que esta inclusão ocorra no município com comentários explícitos a respeito: “*Sou totalmente favorável à Política Nacional para Práticas Integrativas e Complementares e sua implementação na rede municipal de Florianópolis*” (E 29). Uma justificativa para a inclusão das PIC no SUS apontada nos comentários foi a de proporcionar opção terapêutica tanto para os pacientes (o que seria o direito de acesso) como para os profissionais (aumentar a resolutividade, permitindo a complementaridade terapêutica): “*Gostaria muito que fosse introduzido nos serviços. Acho importantíssimo estarmos buscando alternativas*” (E 1). Como todos os profissionais da pesquisa atuam em atenção básica é interessante observar que esta inclusão no SUS é vista por eles como recurso a ser utilizado pelas equipes de saúde da família e não apenas como referência de especialidade. “*Acho válida as práticas complementares e penso deveriam ser disponibilizadas principalmente na atenção básica*” (M 24). Alguns comentários foram reforçados neste

sentido pelo pedido de divulgação dos resultados da pesquisa, para que a Secretaria Municipal de Saúde estimule seu uso na rede, possibilite condições de trabalho aos profissionais habilitados (em especial foram citadas a falta de agulhas para a acupuntura e do medicamento homeopático) e estimule a capacitação na área dos que estejam interessados. *“Acho importante divulgar na rede municipal esta pesquisa e implementar alguma capacitação aos interessados para ampliar a oferta destas práticas à população de Florianópolis”* (E 27). O comentário de um médico resume vários temas como a inclusão das PIC no SUS, a utilização destas práticas como recurso terapêutico pelos profissionais e como serviço (provavelmente significando os serviços de referência) e os benefícios de seu uso para a clientela.

Acho que podem ser utilizadas como recurso terapêutico e como serviço dependendo das necessidades (demanda e dos profissionais envolvidos). Acho que podem ser ofertadas em todos os níveis. Acredito que a maioria destes métodos deva ser utilizado como métodos de AUTONOMIA para as pessoas, no sentido de auto-cuidado, além de também ser utilizado pelos profissionais como recurso terapêutico (M 61).

6.1.2 Reforçando o interesse pelas PIC (23 comentários)

O interesse pelas PIC, tanto daqueles profissionais que não tem nenhuma formação nesta área como dos que já têm, mas não praticam, foi reforçado pelos comentários ao final do questionário. *“Que a instituição invista em capacitação e que todos os profissionais que tenham conhecimento dessas áreas sejam estimulados a propagar através de encontros organizados através da instituição”* (M 57).

Alguns comentários assinalam como o desconhecimento sobre as PIC pelos profissionais compromete o encaminhamento dos pacientes para as especialidades já disponibilizadas na rede, reforçando a necessidade de divulgação e esclarecimentos sobre estas práticas. *“Sabe-se pouco sobre medicina alternativa, mesmo as existentes e adotadas na rede. Acho importante capacitação para que se “olhe” o paciente também com esta ótica”* (E35).

Demonstra também o interesse em fazerem uma formação ou capacitação em alguma destas práticas. *“Que o matriciamento de intervenções na saúde pública incluísse estas práticas no cotidiano*

coletivo, propiciando capacitações, estudos, pesquisa em todos os níveis” (M 30).

Que os resultados sejam encaminhados à secretaria de saúde deste município para que possam adequar capacitações aos funcionários da saúde (M 44). Outras pesquisas com profissionais dos serviços públicos de saúde também assinalaram o interesse destes por práticas complementares, como a realizada na rede básica de Campinas em 2003, e a pesquisa de Sandra Salles com profissionais não homeopatas de serviços onde esta medicina era praticada (SALLES, 2006; BARROS, 2003).

6.1.3 Ressaltando a importância do tema (21 comentários)

A importância do tema da pesquisa é ressaltada por alguns profissionais, os quais acreditam que as PIC necessitam ser mais pesquisadas e divulgadas, gerando discussão na universidade, na rede de serviços de saúde e na comunidade. *“Espero que com esta pesquisa a UFSC inicie discussão, capacitação ou até mesmo especialização sobre o tema” (E 63).*

Pesquisas nacionais e internacionais mostram o crescimento da demanda por práticas complementares (ver capítulo 3), e apontam a necessidade dos profissionais da saúde de estarem suficientemente informados a respeito das mesmas para orientarem seus pacientes e, inclusive, proverem eles mesmos algumas delas (BEN- ARYE, 2008). O desconhecimento sobre estas práticas, como já assinalado anteriormente, gera desconforto nos profissionais que reconhecem suas limitações na prática cotidiana e talvez por isso demonstrem nesta pesquisa o desejo de fazer capacitações na área.

Acredito ser de extrema importância este tema. Consegui com essa entrevista repensar inclusive sobre minhas práticas em relação a este tema. Realmente sinto-me angustiada quando percebo que muitas práticas desconheço, talvez por falta de tempo, ou de interesse, não sei. E o quanto que mesmo conhecendo não pratico nem recomendo (E 3).

Acho este tema muito interessante e necessário para implementar as práticas assistenciais (E23).

O reconhecimento de que a complementaridade é possível tem sido uma postura bem atual, num movimento de superação das

chamadas “medicinas alternativas”, como proposto por Barros (2008). Principalmente nos países com medicina tradicional forte isto é de fundamental interesse, como afirma Duarte Gómez (2003) ao abordar a situação no México, de que a atenção integral à saúde nas comunidades indígenas converte a complementaridade entre as medicinas indígena e “ocidental” em obrigação ética do sistema de saúde. Este entendimento também foi demonstrado pelos profissionais da pesquisa, inclusive com o entendimento de uma medicina ampliada é possível. *“Que com o estudo e as pesquisas as práticas complementares deixem de ser “complemento” para fazer parte da biomedicina convencional”* (M 28).

6.1.4 Associando as PIC com benefícios para a saúde (17comentários)

A relevância do tema da pesquisa é relacionada à importância da inclusão destas medicinas e práticas no SUS para a saúde da população: *“Com certeza teríamos um ganho considerável junto à saúde”* (M 41). O que revela uma concepção de saúde mais abrangente por estes profissionais, os quais percebem a necessidade de outras abordagens para o tratamento de seus pacientes, incluindo o reforço das práticas de auto-cuidado e autonomia das pessoas.

As práticas complementares de medicina devem ser cada vez mais estimuladas e praticadas, principalmente devido a sua importância no entendimento mais amplo do processo saúde-doença e possibilidades concretas de implantação/implementação (E 59).

Acredito ser muito importante para a discussão e reflexão sobre auto-cuidado e autonomia do sujeito. Tanto aos usuários como profissionais reflitirem sobre suas práticas e as “verdades impostas (E 60).

Ressaltaram a contribuição possível das PIC para o tratamento das doenças psiquiátricas, por exemplo, além de citarem vantagens como a diminuição dos custos dos tratamentos de saúde para o sistema público e a de se contrapor aos malefícios (iatrogenia) do excesso de medicalização.

Acho que deveriam ser mais incentivadas as PIC, principalmente devido a tantos casos de iatrogenia na alopatia em nosso meio (M 58).

Poderia e deveria haver uma maior divulgação e oferta de cursos nesta área de medicina e práticas alternativas. Em relação à atenção básica poderia aumentar a oferta das terapias, tanto para possibilitar outra forma de tratamento, quanto para se pensar em diminuição de gastos com remédios e terapias convencionais (E 46).

6.1.5 Discutindo o envolvimento da comunidade (8 comentários)

A importância do envolvimento das comunidades na inclusão das PIC pelo SUS é apontada em alguns comentários, como, por exemplo, para reforçar a troca possível de saberes. Este é um dos objetivos da política de inclusão da fitoterapia e plantas medicinais no SUS e tem o apoio das conferências municipais e nacionais de saúde, revelando o interesse da população por estas práticas. Considerando que o grau de desconhecimento dos profissionais desta pesquisa sobre plantas medicinais é alto e que poucos fazem recomendações para seu uso, esta é uma das práticas em saúde que precisa ser abordada em capacitações das equipes da ESF pelo seu potencial, não só de trazer benefícios para a saúde, como de permitir integração entre profissionais, usuários e comunidade, como ressaltaram alguns profissionais.

Seria interessante se houvesse incentivo dos gestores para a capacitação dos profissionais que demonstrem interesse no uso de terapias alternativas na rede pública, bem como aproveitar saberes das comunidades para proveito dos mesmos- como fitoterapia, farmácias comunitárias, etc. (M 22).

Por outro lado a constatação da perda progressiva destes saberes populares, já apontada em alguns estudos, e a não abordagem dos mesmos nos cursos da área da saúde, faz com que os profissionais se sintam distanciados destes conhecimentos e, talvez por isso, reforcem o desejo de serem capacitados no uso destas práticas para estimularem o resgate destes saberes na comunidade onde trabalham.

Interessante resgatar este tema com a sociedade que acredita que as terapias complementares são passadas de geração em geração e hoje há uma perda destes valores culturais e eficazes (E 18).

6.1.6 Apresentando discordâncias e ressalvas (6 comentários)

Quanto às críticas ou ressalvas ao tema, três profissionais consideraram que há pouca evidência científica que comprovem a eficácia destas práticas. Um profissional (M5) ressaltou a carência no SUS de outros profissionais especializados, falta que, em sua opinião, deveria ser sanada antes de se pensar em incluir as PIC. *“Considero a presença de nutricionista, psicólogo, assistente social mais importante que um médico especialista em PIC no nível 2º após suprir esta demanda daí então o MS deveria investir nessa política”* (M5). Nesta colocação este médico parece considerar as PIC somente como especialidade médica e portanto, competindo na escala de prioridades da atenção secundária com outros profissionais bastante necessários e historicamente ausentes do SUS. Já um enfermeiro (E9) considera que *“nossos problemas estão relacionados às condições de vida da população”*, carentes de muitas outras coisas mais importantes que estas terapias. E outro (M54) ressaltou que *“não indica medicinas/práticas que utilizam a ingestão de substâncias, pois estimulam simbolicamente a medicalização”*.

6.1.7 Apontando a necessidade de inclusão das PIC nos cursos da área da saúde (5 comentários)

Os profissionais desta pesquisa ressaltaram a importância da inclusão deste tema nos cursos de graduação da área da saúde.

Desconheço algum grupo de pesquisa na UFSC sobre terapias integrativas e acredito ser válida a formação deste espaço. Acho interessante e ESSENCIAL que todos os cursos da área da saúde tenham em seu currículo disciplina relacionada com as terapias integrativas e que sua carga horária seja bem maior do que normalmente é oferecida (E 34).

Algumas pesquisas recentes com estudantes de medicina mostraram o alto índice de desconhecimento sobre as PIC, mas também que eles demonstram interesse em conhecer mais sobre estas práticas e são favoráveis à inclusão nos cursos da área da saúde^{23,24,25}. Os médicos e enfermeiros de Florianópolis referem que o desconhecimento sobre as PIC, inclusive sobre as já ofertadas pela rede, é responsável pelo não

encaminhamento dos pacientes aos especialistas da área e também, pelo não aproveitamento dos recursos e saberes da comunidade. A presença de estudantes da UFSC nas unidades de saúde parece reforçar a necessidade de uma capacitação nesta área tanto da rede básica como a inclusão do tema no currículo dos cursos da área da saúde.

Com a mudança curricular no curso Medicina/UFSC, deveriam ser apresentadas aos acadêmicos estas práticas, já que estão em contato com a comunidade desde a 1ª fase e percebem o interesse e procura por estas terapias complementares (M 20).

As terapêuticas alternativas deveriam fazer mais parte do cotidiano das famílias. Deveria já fazer parte do currículo não só da enfermagem, mas sim na odonto, medicina, fisioterapia, nutrição (E 55).

7 RESULTADO DAS ENTREVISTAS

Foram entrevistados nove profissionais entre médicos (5) e enfermeiros (4) da Estratégia da Saúde da Família que trabalham em UBS onde é oferecida alguma prática do tipo PIC, segundo os dados da pesquisa exploratória. Alguns (5) têm especialidade na área ou estão em formação e outros (4) não.

Dos cinco que tem especialidade na área ou estão em formação: Dois são médicos homeopatas, dois são médicos acupunturistas e um é enfermeiro e está em formação em acupuntura/auriculoterapia, e dos quatro profissionais que não tem formação em práticas complementares: três são enfermeiros (sendo 2 coordenadores de UBS) e um é médico. Como o estudo não teve o intuito de verificar as diferenças de opinião ou percepção entre grupos distintos, seja entre médicos e enfermeiros, seja entre especialistas em PIC e não especialistas, a análise das entrevistas foi realizada no conjunto delas.

7.1 Os entrevistados

Pelos resultados da pesquisa quantitativa havia na rede apenas dois enfermeiros com especialização (ou em formação) em práticas complementares, que não as utilizam nas unidades onde trabalham. Ambos estavam ausentes das UBS, de férias ou licença, na época das entrevistas e apenas um pode ser contatado e aceitou participar do estudo. Os demais foram sendo contatados e entrevistados conforme a disponibilidade da pesquisadora e dos profissionais, buscando respeitar os critérios pré-estabelecidos, sendo que chegou a nove o número de entrevistados por considerar-se que já havia saturação dos dados.

As falas dos entrevistados no texto estão em *itálico* e identificadas pelas letras M (médico) e E (enfermeiro) e uma letra em ordem alfabética aleatória apenas para possibilitar a diferenciação dos profissionais. A opção por não especificar a UBS a que pertence o entrevistado, nem sua especialidade teve por objetivo garantir o anonimato dos participantes.

Os entrevistados foram:

ENF. 45 anos, trabalha em ESF há 2 anos (um ano em Florianópolis), faz especialização em acupuntura/auriculoterapia. Não pratica.

MED, 51 anos, trabalha em APS há mais de 20anos (13 anos em Florianópolis). Especialista em Homeopatia, a qual pratica sempre que possível; além de utilizar outras práticas complementares como a biodança.

MED, 33 anos, com residência em Medicina da Família e Comunidade e especialização em Acupuntura, trabalha em Florianópolis há 4 anos.

MED, 53 anos, trabalha há 25 anos em APS em Florianópolis, especialista em Acupuntura e Medicina Chinesa, utiliza múltiplas terapias complementares em sua prática diária, incluindo homeopatia, fitoterapia, plantas medicinais, acupuntura, sementinhas e práticas corporais.

MED, 55anos, trabalha há 22 anos em APS em Florianópolis, especialista em Homeopatia a qual pratica sempre.

MED, 35 anos, trabalha em APS há 4 anos (um ano em Florianópolis).

ENF, 31 anos, trabalha em APS há 2 anos.

ENF, 54 anos, trabalha há 9 anos em APS, 4 anos como coordenador.

ENF, 27 anos, trabalha em APS há 2 anos, coordenador de UBS.

7.2 Categorização

Foram seis os eixos temáticos identificados como argumentos que se relacionam com os objetivos desta pesquisa, os quais comportam as categorias e as subcategorias surgidas nas entrevistas (Quadro 5).

O sistema de categorias foi utilizado por ter como objetivo fazer uma representação simplificada dos dados obtidos de forma extensa nas entrevistas e procurou seguir as recomendações de Bardin (1995) de serem de exclusão mútua, ter homogeneidade no seu conteúdo, serem pertinentes aos objetivos da pesquisa, ter objetividade e fidelidade aos dados e terem produtividade, ou seja, fornecerem resultados férteis ao estudo proposto.

CATEGORIAS	Subcategorias
O despertar do interesse pelas PIC	Decorrente da história familiar
	Instigado pelos bons resultados obtidos pelos seus pacientes
	Devido ao contato com profissionais que praticam PIC
	Conseqüente à experiência enquanto usuário de PIC
	Movido pelo desejo de conhecer as práticas populares
	Decorrente da insatisfação com a biomedicina.
A percepção sobre o interesse da comunidade pelas PIC	Devido à cultura familiar e comunitária;
	Decorrente da experiência enquanto usuária das PIC
Noções dos profissionais sobre as PIC	Possibilitam complementaridade terapêutica
	Beneficiam a saúde dos usuários
	Incentivam a autonomia do paciente
	Melhoram a relação médico-paciente
	Refletem um entendimento ampliado de saúde
	Têm eficácia terapêutica
Atuam na prevenção de doenças	
Justificativas para a inserção efetiva das PIC no SUS	Direito ao acesso às diversas práticas terapêuticas
	É economicamente viável
	Aumentam a resolubilidade na atenção primária
	Propiciam a desmedicalização
	Têm a aceitação dos profissionais da rede
	Incentivam a participação comunitária
Dificuldades para a inserção das PIC na rede em Florianópolis	Número insuficiente de profissionais habilitados na rede
	Excesso de demanda por equipe da saúde da família
	Inexistência dos insumos necessários a algumas práticas
	Falta de um projeto para a constituição da farmácia homeopática
	Desconhecimento a respeito das PIC pelos profissionais da rede
	Falta de um projeto para a implantação das PIC na rede
	Fragilidade do controle social
Propostas e necessidades para a inserção das PIC na rede em Florianópolis	Sistematização para uso, aplicação e difusão
	Inserção em todos os níveis de atenção à saúde
	Inserção das PIC nos currículos da área da saúde

Quadro 5: Relação das categorias e subcategorias de análise do conjunto das entrevistas com médicos e enfermeiros da ESF, Florianópolis, 2009.

7.2.1 O despertar do interesse pelas PIC

7.2.1.1 Decorrente da História Familiar

O roteiro das entrevistas foi o mesmo para todos e iniciava solicitando que o informante relatasse qual foi seu primeiro contato com alguma prática PIC e qual a sua posição a respeito deste tema. O primeiro contato, para alguns, ocorreu na infância, devido à história familiar de manipulação de formulas farmacêutica ou produtos de uso caseiro: E(c), E(b), E(i), M(d), como: “*E eu sempre gostei desse tema, porque o meu avô tinha uma visão muito ampliada de saúde... ele manipulava medicamentos. Tinha uma farmácia normal, mas ele usava muitas plantas medicinais, ele usava muito chá, conhecia muito de chás...*” E(c). Para outros o contato se deu na graduação: E(g); M(d), M(e), ou mais tarde, já no ambiente de trabalho: M(f), M(a). Mas quase todos relataram o uso de chás como prática comum no ambiente familiar, o que os aproxima da população que atendem, porém não de forma suficiente a que os estudem de forma sistemática, os utilizem e incentivem seu uso na prática cotidiana com seus pacientes.

Mas aqueles que tiveram experiências familiares relevantes neste aspecto têm uma postura de abertura para outras práticas em saúde que não as da biomedicina.

Primeiro pela curiosidade, o principal motivo que me levou a estudar a homeopatia é a ausência de efeitos colaterais e tem todo um histórico da minha infância. Eu vivi no interior e lá nós tínhamos aquelas vendas onde se vendia de tudo. Lá tinha uma farmaciazinha que não vendia homeopatia, mas eram em forma de tintura. A própria cultura das pessoas, cultura antiga já, era cultural essas medicações fitoterápicas. Então eu sempre digo que a assistência médica lá era o benzedor e a parteira. M(d).

7.2.1.2 Instigado pelos Bons Resultados Obtidos pelos seus Pacientes

Verificar os bons resultados de tratamentos que seguem outra racionalidade médica ou de práticas complementares, e o interesse pelos mesmos demonstrados por seus pacientes vem despertando os profissionais para essas abordagens que não conheciam ou mesmo que

descartavam como ineficazes. Outras pesquisas apontam que este é um fator que vem diminuindo as resistências à inclusão das PIC nos serviços públicos de saúde (SALLES, 2008).

[...] quando encaminho, o paciente vem com boa melhora. Uma melhora importante. Encaminho para fora, para homeopatia, principalmente casos de rinite alérgica, de bronquite e para acupuntura as dores crônicas. Eu consigo controlar melhor os pacientes quando eles estão usando homeopatia. M (h).

Meu interesse é de “orelhada”, de ler algo numa revista, de congressos, e pela melhora dos pacientes encaminhados. Por isso continuo encaminhando... Eu tenho interesse em fazer cursos, como o de homeopatia. M (h).

7.2.1.3 Devido ao Contato com Profissionais que Praticam PIC

Todos os entrevistados relataram existir uma convivência tranqüila entre os que utilizam práticas não convencionais e os demais profissionais da rede, e, principalmente com a equipe da UBS, mas o fato de haver oferta de PIC na UBS não necessariamente influencia o interesse dos demais por estas práticas. Como se viu nos resultados da pesquisa exploratória este fator não esteve estatisticamente relacionado ao interesse.

Nunca vi nenhuma resistência, pelo contrario... lá em São José os dois colegas de PSF eram acupunturistas, e atendiam no posto e em consultório. No Paraná tinha uma colega que se interessava por plantas e alimentos... que auxiliassem os pacientes com diabetes na cicatrização de feridas... M (h)

Porem, em alguns casos, a observação dos resultados terapêuticos e a convivência mais estreita com o profissional especialista despertou um interesse maior e encaminhou-os para também fazerem uma especialização.

Como lá (onde fez a graduação) não tinha estágio em atenção primária, eu vim pra cá fazer o estágio e coincidiu que ele era acupunturista. Então eu conheci o trabalho dele e conheci a

eficácia, a aplicabilidade que tem. Eu já tinha interesse em atenção primária, mas entender a acupuntura na atenção primária aumentou meu interesse em ir atrás da acupuntura. M (e).

De qualquer forma a convivência no mesmo serviço quebra barreiras e diminui os preconceitos gerando um ambiente propício à troca e a complementaridade entre saberes, principalmente quando o profissional tem a oportunidade de, ele também, experimentar uma destas terapêuticas.

Eu comecei a fazer (tratar-se na UBS) acupuntura com uma médica, nesse meio tempo conheci uma farmacêutica que trabalhou conosco um tempo e ela fazia auriculo, ela notou meu interesse e disse que eu poderia aprender para fazer nos pacientes, no grupo de tabagismo principalmente, então começou a me ensinar e me incentivou a fazer o curso de especialização. E (g)

7.2.1.4 Conseqüente à Experiência Enquanto Usuário de PIC

Para o profissional da saúde a experiência pessoal como paciente (em qualquer nível de atenção), costuma ter reflexos na sua prática diária. Quando esta situação o leva a ser tratado por outras medicinas e práticas não incluídas na biomedicina, o impacto é maior devido, principalmente, à contradição entre a sua formação biomédica e esta experiência. “*Eu mesma não gostava e não acreditava em acupuntura antes de experimentar*” E (i).

Os profissionais entrevistados revelam simpatia pelo tema e, em alguns casos, referem o uso de PIC para si mesmos ou para familiares, mesmo que profissionalmente somente utilizem a biomedicina.

A homeopatia eu utilizo, inclusive com os meus filhos, acupuntura eu utilizei para mim e nos meus filhos, Medicina antroposofica também... E (c).

Eu já me tratei muito com acupuntura, como paciente. M (e)

Eu participei de uma sessão de acupuntura há um tempo atrás devido uma lesão na coluna e foi maravilhoso. Questão de meia hora de acupuntura e não tinha mais nada, como se tirasse com a mão. E (b).

7.2.1.5 Movido pelo Desejo de Conhecer as Práticas Populares

Essa necessidade evidentemente não é sentida por todos os profissionais. Todos já utilizaram plantas medicinais em casa, já ouviram sobre o uso por parte dos pacientes (ou utilizaram eles mesmos) de pomadas caseiras, compressas, chás e outros usos e costumes populares, mas a terapêutica da biomedicina predomina na prática cotidiana dos serviços de saúde onde trabalham.

[...] os chás são muito usados na minha família... e tenho um tio que adora fazer pomada de banha de porco com arnica (que ele mesmo faz, nada comprado) que é uma maravilha. Ele pega banha de porco, mistura arnica... gordura de lagarto também.. dá para usar para o reumatismo, como antiinflamatório. E (b).

O interesse pela cultura local, dentro da necessidade de conhecer a comunidade onde se atua, deveria fazer parte das atitudes dos profissionais da área da saúde, principalmente dentro da estratégia de saúde da família. Mesmo os que conhecem os recursos da comunidade onde atuam têm muita dificuldade em interagir e realmente participar de outras atividades fora da UBS. “*Tem yoga no centro comunitário... não, não encaminho, não sei direito o funcionamento...*” M (e)

Tem a Farmácia Viva... a gente sempre orienta as pessoas. Por exemplo, a limpeza de ouvido, chás para verminoses, para queimadura, antiinflamatórios... a gente não receita, só orienta, lá tem as mulheres da Pastoral da Saúde que receberam treinamento... Não tem empecilho, inclusive os profissionais gostam... (mas não receita) talvez pelo fato de a comunidade buscar isso por si só esses medicamentos da farmácia. E (c).

A formação acadêmica da graduação não é suficiente neste aspecto, pois não inclui o conhecimento de outras práticas terapêuticas como não costuma estimular o interesse pela cultura popular, o que provoca certo estranhamento por estas práticas dos profissionais biomédicos. Superar estes condicionamentos, quebrar preconceitos e buscar estes conhecimentos exige do profissional uma disponibilidade e abertura interna que nem sempre é fácil de conseguir.

Cheguei em casa, abri tudo o que eu tinha de livro e não achei nada relativo à flor do mamão macho. Aí eu percebi que tinha uma diferença entre o que eu conhecia e aquilo que as pessoas conheciam e utilizavam. Então eu resolvi ir atrás dessa outra parte que eu não conhecia: foi aí que eu comecei a estudar plantas medicinais. Comecei com as plantas, e aí comecei a ler sobre a homeopatia, sobre a acupuntura, sobre medicina chinesa, eu fui lendo... M (f).

Durante a graduação eu queria entender as terapias alternativas ... entender como um recurso a mais a ser utilizado... E (c).

Reconhecer as limitações é importante para quem atua em atenção primária, tomando atitudes que fortaleçam o vínculo e a participação em outros aspectos da vida da comunidade, para estimular mudanças que possam favorecer a saúde da população. Recentíssima pesquisa em quatro grandes centros urbanos brasileiros que possuem ampla cobertura em ESF (e que incluiu Florianópolis) verificou que, apesar da ESF, nestes municípios há um baixo nível de intersetorialidade, proposição que depende em parte da articulação dos gestores, porém a sua ausência não deveria impedir uma atuação mais ativa na comunidade por parte dos profissionais da saúde. A conclusão do estudo é que a formação dos profissionais é ainda um fator importante na não participação em ações na comunidade que possam proporcionar uma atenção integral em saúde (GIOVANELLA *et al*, 2009).

Os resultados da pesquisa exploratória e das entrevistas demonstram um grande desconhecimento por parte dos profissionais dos recursos das comunidades onde atuam, com as devidas exceções. O uso de plantas medicinais é bastante comum na ilha, mas os profissionais não as conhecem e, portanto, também não as indicam. Cavallazzi (2005) obteve resultados semelhantes em pesquisa realizada no sul da ilha de Florianópolis, onde existiam até hortos de plantas medicinais em centros comunitários e UBS, que hoje não existem mais.

Já houve horta de plantas medicinais no centro comunitário, por uma médica, uma técnica de enfermagem e pessoas da comunidade, mas acabou quando a médica saiu. Depende do médico que chega, se tiver uma postura de

rechaçar acaba desestimulando e aquilo acaba morrendo. M (e).

O desconhecimento sobre este riquíssimo recurso terapêutico por parte dos profissionais da saúde é um entrave à Política Nacional de Plantas Medicinais que precisa de medidas urgentes como a capacitação dos profissionais da atenção primária, além da inclusão de disciplinas específicas nos cursos de graduação

7.2.1.6 Decorrente da Insatisfação com a Biomedicina

Como foi discutido no item anterior raramente o interesse por PIC advém do contato com as práticas populares, até porque, em certo grau, a busca das pessoas em geral é mesmo pela biomedicina, seu aparato tecnológico de diagnose e seus medicamentos. Mas é justamente esta busca excessiva por exames, cirurgias e medicamentos e seus riscos que chamam a atenção de certos profissionais e lhes trazem inquietação e insatisfação.

*Quando estudante... eu vi que tinha um grupo estudando homeopatia aqui, eu logo me interessei: a ausência de efeito colateral... até pela minha insegurança em receitar um remédio, pelo efeito indesejado, o efeito colateral. M (d).
[...] aí quando apareceu a chance de fazer acupuntura, eu já tinha lido bastante, a teoria e tal, mas ainda não praticava. Então eu fiz o curso, a partir daí comecei a praticar acupuntura. Além da acupuntura de agulha hoje, faço sementinha, que é colocar em pontos de acupuntura para estimular o ponto também. M (f).*

Além disso, o fato da medicina, e da atenção à saúde em geral, estar focada na diagnose em detrimento da terapêutica e do cuidado trouxe um distanciamento na relação interpessoal entre profissionais da saúde e usuários de seus serviços. Isto gerou insatisfação também nos profissionais e alavancou a busca por alternativas, não necessariamente em recusa à terapêutica da biomedicina, que resgatassem o sentido do **cuidado** (SALLES, 2001; IORIO, 2007; ARAÚJO, 2008).

Eu sempre trabalhei com o paciente como um todo, e eu sentia necessidade de resolver mais os problemas além da alopatia, da medicina tradicional que eu já usava e... A homeopatia mais como uma tentativa de

melhorar a minha terapêutica, os resultados no meu trabalho. Foi mais... já que a medicina tradicional não me satisfazia. Não era suficiente. M (a).

Outras pesquisas realizadas com profissionais praticantes de PIC (QUEIROZ, 2000; BARROS, 2000, DAVIS FLOYD & ST. JOHN, 2004) tem sido convergentes no sentido de identificar profundas crises pessoais e éticas como motivadoras para o interesse, estudo e prática de alguma prática ou medicina complementar. Estas crises estão relacionadas tanto à frustração pessoal quanto à baixa integralidade dos recursos biomédicos, à pouca incorporação dos sujeitos no processo de cuidado e cura (autonomia e participação) e à iatrogenia relevante; quanto à busca de uma visão ampliada do processo saúde-doença, restrita no paradigma mecanicista da biomedicina, que integre aspectos sociais, ecológicos, individuais, subjetivos e culturais. Estes aspectos costumam estar divididos na ciência, desaguando por um lado na dicotomia mente-corpo e suas relações, e por outro lado na determinação social do processo saúde-doença (comum na visão marxista influente na Saúde Coletiva e no movimento da reforma sanitária brasileira) (QUEIROZ, 2000). Apesar de seu acerto genérico, esta vertente não provê tecnologias, valores, saberes e técnicas de cuidado, autônomos e heterônomos, para reconstrução cultural e do cuidado em saúde-doença no aspecto individual, para além do reforço de valores sociais importantes, mas genéricos de justiça, solidariedade e necessidade de transformação social. A maior parte dos praticantes das MAC estudados por Queiroz (2000) se considerava e se declarava de esquerda, com atuação ou passagem pela Saúde Coletiva, e atrelavam sua contra-hegemonia política a uma contra-hegemonia paradigmática na ciência e na atividade de cura, em que o paradigma científico positivista é visto como comprometido com o complexo médico-industrial, com o capitalismo, a dominação e o consumismo.

7.2.2 Percepção Sobre o Interesse da Comunidade por PIC

7.2.2.1 Devido à Cultura Familiar e Comunitária

O uso de plantas medicinais é costume centenário e bem popular no Brasil. Em pesquisa realizada com usuários do sistema de saúde é muito prevalente o uso de chás, inclusive pelos profissionais da área. Porém esses usos estão perdendo seu lugar nas famílias em favor dos

medicamentos, influenciados por uma propaganda altamente agressiva e pelo não incentivo ao seu uso.

Quando fui para o interior comecei a usar plantas, mais fitoterápicos.... Mas o povo já estava excluindo a questão da fitoterapia, tem que ser químico mesmo: tratamento alopático tradicional. M (d).

Além disso, há confusão entre os termos “plantas medicinais” e “fitoterapia”, sendo comum serem utilizados como sinônimos.

Oriento um pouco fitoterapia- os pacientes aceitam, porque as pessoas já usam. Os mais carentes usam bastante, primeiro usam chás em casa, aquilo que é passado de mãe para filho.... E (i)

A fitoterapia utiliza princípios ativos medicinais de plantas já manipulados industrialmente, sendo portanto, medicamentos de receita médica, com determinada concentração química, efeitos adversos e usos específicos. As plantas medicinais por outro lado, inteiras ou partes dela, são usadas ao natural ou após secagem, na forma de chás, infusões, emplastros, banhos de assento, compressas. Seu uso também necessita de conhecimento de dosagem, maneira correta de coleta e preparo e indicações, sendo consideradas por alguns estudiosos, como a forma mais adequada de uso (em comparação com o princípio ativo concentrado no fitoterápico), pelo fato da planta possuir varias substâncias de efeito sinérgico. (Di STASI, 2007, CAVALLAZZI, 2005).

Alguns profissionais acreditam que a aceitação dos pacientes de orientações que estimulem o uso de chás e outros recursos, ditos mais naturais, é decorrente desta familiaridade com as plantas medicinais. “*Já usaram plantas/chás antes de vir para a consulta...*” M (e) Porém se observa um grande desconhecimento dos profissionais dos recursos de sua comunidade e, também, do uso feito pelos pacientes destes e de outros recursos não biomédicos. É uma preocupação atual, revelada em alguns estudos, o fato de que os pacientes não relatam este uso para seu médico assistente e os médicos também não perguntam sobre estes aspectos do auto cuidado, o que demonstra que estas são informações não valorizadas (FRANCO; PECCI, 2003).

7.2.2.2 Decorrente da Experiência Enquanto Usuária das PIC

A rápida difusão das PIC, tanto em termos de divulgação e popularização do conhecimento a respeito delas, como do aumento da oferta, propiciou que se tornassem desejadas e estas passaram a ser procuradas por pessoas de todas as condições econômicas.

A acupuntura é vista como uma especialidade médica. A procura é bem grande... as pessoas são colocadas na lista de espera e a lista é bem grande... E (g)

Os motivos que levam as pessoas a procurarem estes recursos são principalmente: doenças crônicas ou de difícil manejo pelos recursos da biomedicina, descontentamento com a relação médico-paciente, e também mudanças no entendimento sobre saúde-doença, numa busca por atenção integral à saúde (ARAÚJO, 2007, FRANCO, PECCI, 2003).

Lá em São José, inclusive os meus pacientes pediam que os encaminhasse para os outros (médicos), porque queriam fazer acupuntura. M (h).

Estas práticas, nas quais o cuidado é a essência terapêutica, passam a ocupar um espaço vital no serviço de atenção à saúde e no fortalecimento da relação médico-paciente, e passam a ser cada vez mais solicitadas, principalmente pelas pessoas que já as experimentaram.

O pessoal gosta bastante da parte da homeopatia assim como da acupuntura. E (b).

Era bem interessante, as pessoas não faltavam, todos falavam bem... Acho muito bom. O pessoal gostava bastante de vir, de ter (acupuntura) na ULS, não ter que ser encaminhado para longe de casa. E (i).

O pessoal gosta bastante, elogiam bastante... porque o resultado é bem imediato da auriculoterapia. E (g).

A compreensão da aceitação das PIC pelos usuários do SUS é possível através de uma melhor análise das concepções populares do processo saúde-doença e das causas das doenças. Muitos estudos antropológicos indicam uma composição sincrética nas concepções sobre saúde, todavia este não é o foco principal deste trabalho

(MINAYO, 1988; NGOKWEY, 1988; LUZ, 1996, TESSER, 1999; ASTIN, 1998). Estudos como o de Minayo (1988), realizado com famílias de trabalhadores de uma favela carioca, sintetizam bem esta articulação plural de representações sociais, sintetizada pela autora como ecológicas. Segunda ela (p.366):

[...] o conhecimento etiológico [popular] se relaciona com o conceito de cultura popular que é holístico e ecológico, englobando todas as dimensões da vida em sociedade (vida material, organização social e ideologia). As condições materiais da existência no tempo e no espaço são o contexto de produção das explicações etiológicas, da prática médica e da cura. Portanto, as "teorias populares" desenvolvem-se a partir das experiências da vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, tanto da medicina "oficial" como de todos os sistemas alternativos. Ele inclui e integra vários domínios de causação: a) natural; b) psicossocial; c) sócio-econômico; d) sobrenatural. Esses quatro níveis de explicação apresentam-se com dimensões distintas, vinculadas, intercambiantes e não contraditórias. [...] Eles se unificam na visão da Doença como a ação patogênica de elementos de ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social. [...] a doença cumpre um papel questionador, integrador e de reequilíbrio: seu conceito é holístico.

A autora chama a atenção para o fato de que apesar de a concepção natural e mecânica do sistema biomédico também compor com grande legitimidade, e muitas vezes dominância, o mosaico de representações das populações, isso não significa que outras representações estejam sistematicamente dominadas ou excluídas. Embora pareça claro que o contato progressivo com a biomedicina e a modernização e globalização social, com seu associado processo de medicalização social, tendam para certa hegemonia da concepção medicalizante (TESSER, 1999), trata-se mais de recomposições tensas e permanentes desse calidoscópico sincrético de representações sociais das populações, em que o componente ecológico acima citado ainda está presente, mesmo nos países desenvolvidos, como encontrado em inquérito nacional relatado por Astin (1998), nos Estados Unidos da

América. Tanto Minayo (1988) quanto Ngokwey (1988), que estudou a população de Feira-de-Santana, na Bahia, consideram que a concepção multicausal das doenças pelas populações contraria em parte o modelo biomédico que tende a colocar em relevo a causação natural das doenças, dificultando qualquer expressão mais holística da saúde. E facilita a compreensão de porque as populações em geral têm boa aceitação das práticas complementares e tradicionais, cuja caracterização geral passa por uma visão holística “nativa” (SOUZA e LUZ, 2009).

7.2.3 Noções dos Profissionais sobre as PIC

7.2.3.1 Possibilitam Complementaridade Terapêutica

Em geral os profissionais entrevistados acreditam que as práticas PIC auxiliam nos tratamentos de seus pacientes- controlam situações que não tem uma solução efetiva com as medidas propostas pela biomedicina e melhoram a relação médico-paciente. Segundo Barros (2008) a natureza da relação da biomedicina com as outras racionalidades médicas e práticas terapêuticas é cada vez mais da ordem da complementaridade e todos os profissionais entrevistados concordam que esta é uma possibilidade concreta. Salles (2008), entrevistando médicos do SUS não homeopatas, encontrou a mesma aceitação da complementaridade entre as duas medicinas, cujas razões apontavam para as limitações da biomedicina, em especial no SUS em contraste com as qualidades percebidas na Homeopatia.

Eu já tinha assim esse viés de somar a medicina ocidental com a medicina oriental. Tinha uma coisa que as duas se completavam melhor do que trabalhando isoladamente. Na atenção primária tem que ser uma complementaridade. M (e).

“Fazendo o possível para complementar. Tendo a oportunidade de usar a homeopatia: usar a homeopatia. M (d).

À medida que são aceitos os limites de cada uma e a legitimidade da coexistência torna-se uma realidade, a formação de equipes multidisciplinares, com atuação transdisciplinar é possível de ser imaginada.

[...] algum caso crônico, uma alergia, ou alguma outra coisa que um clínico observasse que

poderia ser ajudado com a homeopatia e que não está conseguindo resolver com a alopatia, eu acho que poderia ser encaminhado. E (b). Como médico de Saúde da Família poderia complementar... muita coisa ele poderia resolver se tivesse conhecimento dessas coisas, principalmente homeopatia. M (h).

7.2.3.2 Beneficiam a Saúde dos Usuários

A noção predominante a respeito das PIC dos profissionais entrevistados é que elas beneficiam a saúde dos usuários, seja por estimular o sistema imunológico ou atuar na cura de enfermidades, proporcionando melhoras no bem-estar geral, seja por incentivarem mudanças de comportamento.

As enfermeiras do HU estão fazendo um curso de plantas medicinais... porque a gente pode educar... pode influenciar na alimentação dos pacientes. E melhorar muito a saúde deles. M (f).

Os trabalhos em grupo que incorporam uma visão mais holística da vida, que abordam as questões de saúde-doença como a busca pelo equilíbrio possível, em geral observam resultados positivos e tem uma resposta entusiástica dos participantes.

É a questão da qualidade de vida, da melhora de desempenho das suas tarefas diárias. E tem vários relatos delas, inclusive, de redução de medicamentos, algumas abandonaram o uso de indutor de sono, outras melhoraram a questão de mobilidade dentro de casa – já não têm tantas artralgias como tinham... a questão da auto-estima muito melhor, na segurança na execução dos seus trabalhos... então são fantásticas as colocações (das participantes do grupo de biodança) M (a)

Comecei nesse grupo de tabagismo, com a adesão do pessoal, aí eu faço para eles: eu explico que diminui a ansiedade, que ajuda na circulação das energias, essas coisas assim... tinha um grupo de tabagismo que vinha toda semana trocar a sementinha, acharam que deu um bom resultado. No segundo grupo, eu já não ofereci, porque eu

não tinha disponibilidade de estar atendendo eles toda semana. Mas tem pessoas que saíram maravilhadas. E (g).

Enfim todas as intervenções que ampliem as opções terapêuticas e as práticas de promoção da saúde, tanto para os profissionais quanto para os pacientes são bem vindas no contexto das unidades básicas de saúde.

(A inclusão das PIC na rede) Vai trazer muitos benefícios para os pacientes: quem faz uso crônico de medicamentos... usa antidepressivos... controlar com fitoterapia- para ansiedade. Dores crônicas. Evitar tomar tantos medicamentos... evitar os efeitos colaterais, vai melhorar dos sintomas. M (h)

Alguém comentou que era melhor aprender a se apertar (acupressão) do que tomar remédio para dor de cabeça, olha o que pessoas devolvem: "Eu uso menos antiinflamatório, eu uso menos medicação para dor. M (f).

7.2.3.3 Incentivam a Autonomia do Paciente

A relação apontada nas entrevistas entre **autonomia, autocuidado, autoconhecimento** e as práticas PIC traz a importante percepção de que dedicar mais tempo e atenção aos usuários dos serviços de saúde, oferecendo possibilidade de escolha nos recursos a serem empregados na busca de soluções aos seus problemas, criam “espaços terapêuticos”, que incentivam a reflexão e a busca por seu próprio projeto de vida (ARAUJO, 2008, AYRES, 2007).

As pessoas adquirem mais autonomia, começam a olhar mais para si mesmas, elas começam a se olhar de uma forma diferente. E (c).

Elas passam a olhar mais para dentro e essa é a grande mudança que eu percebo nas pessoas que começam a procurar outros tipos de tratamentos que não o convencional, o medicamentoso e centrado no médico. Elas passam a usar menos medicamento, passam a entender que têm uma participação ativa no seu próprio processo de cura, elas não se vêem mais como vítimas. E (c).

Inclusive, quando você ensina uma pessoa a se conhecer, o auto cuidado, quando você ensina a tocar-se, a se apertar quando tem uma dor de cabeça, você está ensinando o cara a ficar potente para ele mesmo. Agora falando nisso, eu me lembro de uma situação que ocorreu na unidade, em que o aluno tava colocando as sementinhas na pessoa e alguém comentou que era melhor a gente aprender a se apertar do que tomar remédio para dor de cabeça. Então olha essa percepção... o que as pessoas devolvem: "Eu uso menos antiinflamatório, eu uso menos medicação para dor" entende? Então você tem um ganho, não sei se é essa a palavra certa, então você tem uma diferença na percepção da pessoa, de que a saúde dela pode ser cuidada por ela mesma. Não fica tão dependente da biomedicina. M (f).

7.2.3.4 Melhoram a Relação Médico-Paciente

A discussão sobre o enfraquecimento da relação médico-paciente na prática cotidiana da atenção à saúde não é nova. Com a importância adquirida pela tecnologia e seu aparato diagnóstico a consulta passou a ocupar um segundo plano na Biomedicina e a anamnese perdeu suas características de escuta e de percepção do processo individual do adoecer que possibilita ao terapeuta aliar à técnica a "arte de curar". Outros pesquisadores têm estudado a importância desta relação de coresponsabilização e de espaço de escuta que, sendo devidamente aproveitada, melhora a confiança e a possibilidade de êxito em qualquer que seja o ambiente ou a racionalidade médica escolhida. (AYRES, 2007, ARAÚJO, 2008, SALLES, 2009).

Eu entendo que o vínculo com o médico é maior, mais íntimo e o paciente fica mais grato. A sensação que eles têm... o entendimento, é que o nosso esforço para ajudar o paciente é um pouco maior. Talvez pelo fato de escutar um pouco mais... de ficar mais tempo com o paciente no consultório, no tratamento da acupuntura. M (e).

A Homeopatia especialmente tem levantado esta questão, e tem sido o foco de muitas pesquisas, até pelo fato de que a anamnese é um

ponto central desta racionalidade médica (ESTRELA, 2006; MONTEIRO, IRIART, TEIXEIRA, 2007). Mas assim como a boa relação médico paciente depende da escuta e do tempo despendido na consulta, e é uma necessidade para a clínica homeopática, é também o motivo que suscita dúvidas quanto à possibilidade de inclusão da mesma no SUS, limitação apontada, por exemplo, na pesquisa de Durgante (2006) realizada em Itajaí com médicos homeopatas. Esta questão do tempo de consulta não foi assinalada como impedimento para a homeopatia no SUS em Florianópolis, talvez pelo fato dos médicos que a praticam na rede já terem se organizado para tal tipo de atenção.

Eu observo um fortalecimento na relação médico-paciente. Esse é o maior segredo! Hoje, observando o atendimento rápido e tal... na homeopatia se descansa, se relaxa, se faz a catarse. Observa-se... A pessoa vem realmente com uma dor de cabeça, ou uma dor de garganta, ou uma bronquite de repetição e em pouca demora, nós estamos lá falando dos medos, dos projetos, das ansiedades da pessoa... essa que é a maior contribuição para a medicina, é o exercício também da medicina se integrar à holística e ver essa pessoa como um todo. Se absorve a psicologia, a psiquiatria, não se pulveriza, é a medicina integral. Aí talvez seja o grande segredo da medicina homeopática. M (d).

7.2.3.5 Refletem um Entendimento Ampliado de Saúde

As noções de saúde e doença parecem indissociáveis e se relacionam com a compreensão de vida, de ser humano e de todo o complexo bio-psíquico-social onde este se insere. Na prática estas duas concepções mantêm estreitas relações e não significam necessariamente que são polares (AYRES, 2007).

E logo nós estamos lá, falando dos medos, dos projetos, das ansiedades da pessoa... essa é a maior contribuição da homeopatia para a medicina, de ver essa pessoa como um todo. Envolve a psicologia, a psiquiatria, não se pulveriza, é a medicina integral. M (d).

Quando a doença é vista como algo externo ao homem e que pode ser eliminada numa “luta” bem específica, reduz toda esta

complexa relação a um dualismo tipo o bem e o mal. Já para racionalidades médicas como a medicina Chinesa, a medicina Ayurveda, a medicina Antroposófica e a Homeopatia o seu paradigma tem como centro a categoria *saúde*, e se baseiam numa perspectiva vitalista. Elas propõem como terapêutica intervenções para readquirir o equilíbrio orgânico, sensitivo e mental/emocional e que estimulam a via natural de defesa e auto-cura. O que se opõe ao conceito de “guerra” à doença como eixo central da terapêutica, como é realizado pela biomedicina. (AYRES, 2007; TESSER, LUZ,MT, 2008; ARAÚJO, 2008)

A doença ainda é vista como algo separado do ser humano, visão de saúde fragmentada. É falar com as pessoas sobre saúde e doença, não usando essas palavras como antagônicas, mas que a vida é um processo de ser saudável, é um processo da eterna busca do equilíbrio. É o desconhecimento disso, por causa daquelas propagandas: “procure os seu médico”, “faça uma consulta”, “check up uma vez por ano”, essas coisas são muito fortes na mídia. Isso constrói um conceito de saúde baseado em exames e medicamentos. Então esse conceito de saúde é que a gente pode ajudar a desconstruir. Mas nós profissionais de saúde é que devemos ter certeza que a gente pode desconstruir se a gente quiser – dependendo de qual modelo de saúde que a gente deseja para a nossa população. E (c).

Alguns entrevistados demonstram que o entendimento mais amplo de saúde-doença favorece o acolhimento de práticas não ortodoxas nas unidades de saúde, e suscita uma nova visão sobre outras possibilidades terapêuticas.

À medida que as pessoas tiverem entendimentos mais ampliados, mais abrangentes sobre o seu próprio ser e sobre a vida em si, é que se dá valor a essas práticas complementares. E (c).

Meu interesse vem da necessidade de ter uma melhor atuação em Atenção Primária, trabalhar melhor com prevenção e manejo de pacientes não complicados. Além de não ver o paciente só pela doença,.... questão mais humana. Antes de ver a doença dentro do paciente, entender o paciente como um ser humano. Isso eu não tive contato em nenhuma outra especialidade médica. Daí que

veio o interesse em acupuntura. (no estágio em PSF) M (e).

7.2.3.6 Tem Eficácia Terapêutica

A comprovação científica da eficácia das diversas práticas e medicinas não biomédicas tem sido o ponto principal de discussão na academia. As pesquisas científicas da atualidade privilegiam os interesses da grande indústria de medicamentos e são escassos os recursos disponíveis para experiências que sigam outros paradigmas (ANGELL, 2007). Contraopondo-se à expansão da procura por terapias não ortodoxas ainda existe grande desconfiança e mesmo reprovação ao seu uso pelos profissionais da saúde, notadamente os médicos (WAHREN, DE CUNTO, 2009, LEAL; SCHWARTSMANN; LUCAS, 2008). Porém cada vez mais este é um assunto que não pode ser ignorado, e, pelo fato do conhecimento científico atual não dispor de mecanismos de comprovação específicos para a singularidade apresentada por muitas destas práticas não significa que estas terapias não sejam eficazes. Pois tanto médicos quanto pacientes têm procurado estas outras racionalidades, movidos pela eficácia demonstrada na prática (ARAÚJO, 2008) .

O primeiro estímulo que eu tive, foi perceber que quando lidava com as pessoas, eu não tinha muitas vezes condições de responder às necessidades das pessoas sem utilizar coisas, que talvez não fossem a melhor opção. Eu acho bem importante o uso destas práticas alternativas, em primeiro lugar, porque são formas terapêuticas muito eficazes, como, por exemplo, a argila. Eu tinha uma paciente gestante, que estava com uma tendinite, a gente fez acupuntura. A acupuntura não foi tão eficaz, aí a gente fez argila: com a aplicação desapareceu a dor. M (f).

....então eu conheci o trabalho dele na Atenção Primária e utilizando a acupuntura, conheci a eficácia, a aplicabilidade. M (e).

No grupo de tabagismo a gente faz uma garrafa de chá de alecrim, e oferece para eles. O alecrim melhora a ansiedade. E (g).

7.2.3.7 Atuam na Prevenção de Doenças

Associar estas novas modalidades de intervenção dentro do contexto de serviços públicos de saúde à possibilidade de prevenção em saúde é uma das vertentes de defesa da inclusão das PIC no SUS. Na pesquisa de Salles (2009) principalmente os gestores fazem esta associação, a qual sugere que a promoção e prevenção da saúde podem ser mais bem alcançadas com práticas que tem o cuidado e a saúde como eixo central. O que também foi observado por alguns dos entrevistados.

*Amplia a visão das pessoas, ajuda a restabelecer o equilíbrio, antes de aparecer a doença. M (e).
Porque eu vejo essas outras formas de tratamento como prevenção, a gente aprende a tratar a pessoa como um todo. No modo de vida, na alimentação e em outras questões a gente vê como a pessoa é no seu modo de ser. E (g).*

7.2.4 Justificativas para Inserção Efetiva das PIC no SUS

7.2.4.1 Direito ao Acesso às Diversas Práticas Terapêuticas

Independente da comprovação científica ou não que as PIC venham a ter, é cada vez mais evidente que a exclusão social também se reflete no acesso a estas terapias. Na discussão do oferecimento das PIC no SUS há, muitas vezes, um preconceito social, e certa hipocrisia epistemológica, que se refletem numa defesa de que essa oferta dependa de comprovação científica rigorosa de eficácia, o que faz uma discriminação negativa para com as pessoas que dependem do SUS. A esse respeito, em que pese o valioso papel da ciência na busca e garantia de segurança e eficácia de práticas - e justamente levando em conta o seu papel relativamente restrito e subordinado nisso - concordamos com Cunha (2005) quando diz que “o SUS deve ter uma política que evite “permitir a pluralidade terapêutica para os ricos (fora do SUS), ao passo que aos pobres sobrarão o rigor (e os limites) da ciência cartesiana (p.148)”

A entrada das PIC no SUS é importante, primeiro, porque oportuniza, dá acesso a pessoas com dificuldades financeiras. Nossos colegas dizem que em torno de 10% dos pacientes deles querem procurar a homeopatia ou a acupuntura. M (d).

A população ia amar!!! Pelo que eu vejo aqui a população ia amar. Eles ficam felizes quando eu encaminho para homeopatia ou acupuntura. São muito receptivos a esse tipo de prática. M (h).

A busca por alívio de seu sofrimento é um direito inalienável, e não é a arrogância da ciência contemporânea que pode impedir esta busca. (ESTRELA, 2006; WAHREN, DE CUNTO, 2009, LEAL; SCHWARTSMANN; LUCAS, 2008). O reconhecimento da forte demanda por estas práticas é sentido em todos os serviços nos quais elas são oferecidas, e levanta a questão do direito e do princípio da liberdade.

A demanda é grande. A procura pela homeopatia e por outros tratamentos é muito grande. M (a).

Tínhamos uma lista de mais de trinta pessoas aguardando telefonema para indicar dia e hora e local para começar o grupo de Biodança.

Começamos o grupo com umas 20 pessoas e combinamos de deixar aberto para novos interessados durante o primeiro mês, para depois a gente fechar o grupo e seguir por mais 5 meses e meio com o grupo fechado, para a gente poder fazer uma avaliação dessa experiência. O grupo aconteceu, chegaram a passar 58 pessoas no primeiro mês, sendo que se fixaram cerca de 38 pessoas. M (a).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contempla entre seus objetivos a ampliação do acesso às práticas integrativas, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança. Com a formulação de uma política nacional para esta área, resta agora o reconhecimento dos gestores que uma demanda reprimida fere os direitos dos cidadãos e cada município deve formular seu plano de plena inserção destas práticas nos serviços de saúde (NOVAES, 2007, SALLES, 2009).

Porque a procura é bastante grande, (a acupuntura) só é feito lá na Policlínica, então tem uma lista de espera... e se tivesse mais profissionais para atender nessa área facilitaria mais para os pacientes. Tem pessoas, que se tivesse um meio mais natural para fazer tratamento ao invés de fazer medicação forte, eu acho que ia ajudar bastante a população. E (g).

Estas práticas com certeza deveriam entrar no SUS: como a fitoterapia, os florais, prática de relaxamento (tipo essas técnicas de Tai chi) ... na última campanha de vacinação dos idosos foi oferecido (na UBS) Tai chi por um voluntário, quando a gente viu a adesão, meu Deus, o pátio estava cheio, todo mundo fazendo: funcionários, transeuntes, os próprios idosos, fazendo a prática ali. Eu achei bem interessante, porque antigamente o pessoal não acreditava muito nessas coisas. Achava que isso não dava resultado. E (g).

7.2.4.2 É Economicamente Viável

Uma das noções a respeito das PIC é que têm baixo custo em relação à biomedicina. Estudos já realizados comprovam que serviços que oferecem outras terapêuticas não usuais em biomedicina, terminam saindo mais baratos por vários motivos: mais satisfação da clientela e menos retornos, geram menos exames diagnósticos, maior resolutividade e menos encaminhamentos para nível secundário e terciário, insumos e medicamentos mais baratos, e esta economia suplanta o custo com profissionais habilitados (JONAS; LEVIN, 2001). Pesquisa realizada em serviços que oferecem atenção homeopática no SUS aponta que os gestores associam o baixo custo desta racionalidade médica à maior qualidade da relação médico-paciente e à satisfação da clientela (SALLES, SCHRAIBER.,2009).

Os profissionais entrevistados em Florianópolis também fazem estas correlações, incluindo nesta perspectiva a oferta de fitoterápicos, de atendimento em homeopatia e acupuntura e também a realização de trabalhos em grupo com práticas corporais de visão holística.

O uso de fitoterápicos e a busca de alternativas mais baratas, mais econômicas, com menos efeitos colaterais... utilizando também os recursos da própria comunidade. E (c).

Não vejo nenhuma dificuldade para implantar no posto, pelo contrário, inclusive o colega é acupunturista e tem interesse nessas práticas. Até pela questão preço... os nossos pacientes não podem pagar e os fitoterápicos são mais baratos. M (h).

Muitas vezes, além de conseguir uma melhor terapêutica, vais conseguir reduzir custos – que isso também é muito importante. M (e).

... também porque o custo da medicação, o custo do tratamento é muito mais baixo, então eu acho que não tem coisa melhor do que a homeopatia...

M (a)

A biodança tem um poder muito bom e é mais uma terapia alternativa, de baixo custo e que funciona muito bem. M (a).

7.2.4.3 Aumentam a Resolutividade na Atenção Primária

A grande meta da atenção primária é alcançar alta resolutividade, possibilidade que se torna mais alcançável à medida que se incorporam práticas e terapêuticas eficazes e eficientes, que demandem menos exames de alta complexidade e medicamentos de alto custo, menos encaminhamentos para especialistas e favoreçam o autocuidado e a solidariedade.

Ter acupuntura na ULS seria importante. Porque enquanto tínhamos no Posto diminuíram muito os encaminhamentos para ortopedia. E (i).

Este comentário refere-se aos participantes de um grupo promovido na UBS no qual se incentiva o autoconhecimento e a busca por outros recursos terapêuticos que possibilitem diminuir a dependência a medicamentos de uso controlados:

[...] esse pessoal já não vem mais com tanta frequência e quando vêm, vêm com um jeito diferente, buscam antes, tentam, com uma visão de que a cura pode vir de diversas formas e não só do posto de saúde. E (c).

Dentre as racionalidades médicas a Homeopatia é citada frequentemente como exemplo de medicina que resgata a relação médico- paciente, que coloca o paciente no centro da atenção e do cuidado, e cuja maneira de trabalhar a anamnese valoriza todos os sintomas do paciente, inclusive aqueles mal-estares difusos (SALLES, 2006; LUZ, 2003)

Até em função de que eu vejo como resolutividade maior, há menos retorno dos sintomas dos pacientes voltando aos postos com as mesmas

queixas, quando se usa a homeopatia que trata mais... a causa inicial de tudo.Quando se trabalha integralmente a pessoa.... M (a).

Estas são características inerentes à homeopatia que são valorizadas nos serviços de saúde onde foram implantadas por seu baixo custo e alta resolutividade (SALLES, 2006)

A percepção de que a inclusão das PIC no SUS aumenta a resolubilidade do serviço está relacionada à constatação dos limites da biomedicina e da complementaridade possível. A atenção primária é altamente complexa no sentido da diversidade de situações nas quais necessita intervir e poder utilizar outros mecanismos, práticas e terapêuticas significa maior independência dos profissionais do provisionamento de exames de alto custo e medicamentos nem sempre disponíveis.

Dentro da atenção primária tem que ter uma resolubilidade maior e tem que atender a necessidade da população. M (e).

A inserção das PIC no SUS... acho que é um caminho também, e no final os políticos iriam ver é a diminuição dos gastos com medicamentos. Porque é comprovado. Diminui o uso de medicamentos na hipertensão arterial, o uso de antidepressivos... a gente fica espantado... Diminuiria o uso de medicação excessiva com essas novas práticas. E (g).

7.2.4.4 Propiciam a Desmedicalização

A medicalização da vida, aqui utilizada no sentido de que *medicalizar* é tornar um evento normal da vida em situação passível de interferência médica, é uma realidade na sociedade contemporânea influenciada pelo complexo médico-industrial. Conseqüente a esta situação é o uso excessivo de medicamentos, prescritos ou automedicados, e uma dependência a eles, tanto por parte dos profissionais da saúde como das pessoas em geral.

As pessoas usam remédio para tudo- é uma frustração vir a uma consulta e sair sem remédio. Querem remédio- não usam um chá para uma dorzinha de barriga- esperar um pouco- querem logo um remédio para a dor passar na hora. E (i).

É tão simples a gente cuidar de si mesmo e ao mesmo tempo tão complexo, que o ser humano delega a sua cura para o outro, enquanto a cura está na própria pessoa – a grande maioria das vezes. E (c).

Investir em outras formas de cuidado, tanto em medicinas que utilizem outras racionalidades como em práticas de autocuidado, de trabalho em grupo ou de desenvolvimento pessoal é ir contra essa tendência, o que geraria auto desenvolvimento e independência (ILICH, 1975).

*Acho que o verdadeiro programa da saúde da família deveria incluir outras modalidades terapêuticas, inclusive ter massagem, ter argila, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, oferecendo isso para quem quisesse. M (f).
É claro que eu acho importante a introdução disso (as PIC no SUS), porque nós vamos diminuir muito essa medicalização excessiva que a gente faz hoje. M (f).*

7.2.4.5 Têm a Aceitação dos Profissionais da Rede

Seja pelas características atuais da atenção primária, seja por estarmos mesmo numa época de transição, decorrente da “crise da saúde” de maneira geral, e da “crise da medicina” em particular como diz Madel Luz (1996, 2003, 2007), a questão é que se observa hoje uma aceitação bastante significativa das práticas integrativas e complementares por parte dos profissionais da saúde (BRESCIA, 2004; TESSER; BARROS, 2005; AKIYAMA, 2004; SALLES, 2006).

A par o interesse individual por PIC, as experiências de inclusão de algumas destas práticas na atenção primária ocorreram de maneira desigual e descontinuada ao longo dos anos no Brasil em função da falta de diretrizes específicas e de incentivo político, situação que também se reflete em Florianópolis. Por esforço individual ou de grupos várias iniciativas nesta área foram desenvolvidas no município mas tiveram bastante dificuldade em se manter, inclusive algumas citadas nesta pesquisa já haviam sido encerradas antes da conclusão do trabalho.

Tem uma enfermeira que faz auriculoterapia, é difícil, ela não usa muito, ela usa nos funcionários, em pacientes que a gente

encaminha... a gente tem algumas plantas que iniciamos uma farmácia viva com um colega uma vez, então a gente leva o paciente para conhecer essas plantas... Nós usamos muitas terapias, ainda é muito incipiente o nosso uso mas toda a equipe trabalha a favor disso. Não tem resistência. No posto já teve Thai Chi, auriculoterapia, homeopatia, plantas medicinais, acupuntura, o grupo de terapia comunitária (que começou recentemente), a biodança (que já está funcionando há seis meses)... M (a)

Outra questão relevante é a aceitação destas práticas pelos demais profissionais das unidades de saúde e, nas entrevistas, todos afirmaram não haver resistência ou desaprovação dos colegas. Como os entrevistados eram especialistas na área e/ou trabalham em unidades de saúde que oferecem alguma prática complementar a convivência dos profissionais parece derrubar possíveis entraves ou resistências, inclusive predispondo os colegas a desejar mais oferta de PIC na rede.

Eu nunca encontrei resistência no meu trabalho. M (f).

Mas em geral os profissionais, os colegas, aceitam bem. Nunca recebi nenhuma desaprovação. E (g).

Eu acho que o pessoal da saúde aceita bem, se a prefeitura colocar mais (profissionais). Porque a procura (pelas práticas alternativas) é bastante grande. E (g).

7.2.4.6 Incentivam a Participação Comunitária

A utilização de práticas de grupo, de descoberta e incentivo de recursos da comunidade, a capacitação de toda a equipe de saúde para um trabalho efetivo multidisciplinar e a oferta de outros recursos terapêuticos não comuns à biomedicina pode proporcionar o ensejo de mobilizar as pessoas em busca de sua saúde, mudando o foco, da doença para o *equilíbrio possível*. Esta é uma possibilidade entrevista por exemplo pelo incentivo ao uso e à troca de plantas medicinais pelos pacientes e pela criação de hortas medicinais nas próprias unidades de saúde.

A maior parte das plantas está ao nosso redor. Inclusive estimula a solidariedade entre as

peessoas dentro de uma comunidade. Se você trabalha dentro da lógica do PSF e você começa a valorizar os jardinzinhos dentro de casa, então nós vamos ter uma rede dentro da comunidade que é diferente. Não tão medicalizada, mas voltada para si. M (f).

7.2.5 Dificuldades para Inserção das PIC na rede

7.2.5.1 Número Insuficiente de Profissionais Habilitados na Rede

Pelo levantamento realizado neste estudo Florianópolis dispõe na rede básica de sete médicos homeopatas, quatorze acupunturistas, duas enfermeiras com formação em auriculoterapia e em formação de acupuntura, além de outros que possuem formação em práticas como fitoterapia, massagem, Reiki, massoterapia, quiropraxia, porém estes profissionais não exercem suas habilidades nas UBS, com raras exceções e em tempo bem limitado. Estes profissionais integram equipes de saúde da família e estão geralmente com excesso de demanda, o que dificulta ou impede outras ações que não as curativas de solução imediata. Há poucos profissionais com estas especialidades na atenção secundária, sendo o número insuficiente para configurar serviço de referência que garanta o atendimento. Há também, um relativo desconhecimento sobre esta oferta por parte dos profissionais da rede básica, como ficou demonstrado na pesquisa exploratória. Portanto para que seja estruturado um programa municipal de inclusão das PIC na rede é necessário o incentivo aos profissionais já habilitados para que possam organizar formas de atenção em suas áreas e também aos que desejam formação nestas práticas.

Teria muita procura se fosse ofertado. Acho que não está tão divulgado na rede, não tem tanta oferta de médicos, não tem tantos encaminhamentos. E (i).

*No grupo de gestante pretendemos fazer relaxamento/alongamento no final da reunião, mas precisamos de alguém para orientar... E (i)
Eu tenho interesse em fazer cursos, como o de homeopatia que vai começar agora, mas a prefeitura não libera, é caro, demanda tempo...
Inclusive tive que parar a especialização em Saúde da Família (um dia por semana) porque*

*não fui liberada, mesmo propondo compensar no Pronto Atendimento. M (h).
Eu não sei dizer se tem homeopata na rede e se quiser indicar acupuntura na rede eu também não sei dizer. E (b).*

7.2.5.2 Excesso de Demanda por Equipe de Saúde de Família

É uma queixa comum na rede que o dimensionamento das áreas de responsabilidade das ESF não está obedecendo ao previsto na estratégia, que significa de 3000 a 3.500 pessoas por equipe. Com isso as atividades como a realização de grupos, visitas domiciliares e outras ações da área da prevenção e da promoção da saúde ficam comprometidas e obviamente, as atividades não previstas como atendimentos em acupuntura ou homeopatia são relegados a segundo plano.

Não faz acupuntura (o colega) no posto principalmente por falta de tempo. Não tem espaço na agenda, não tem uma sala para colocar o paciente com acupuntura e ir atendendo noutra... M (h).

Para conseguir inserir uma destas práticas precisa ter tempo... ver como vai encaixar isso... é muita demanda para poucos profissionais. M (e).

A procura pela homeopatia, por outros tratamentos é muito grande. Em função da demanda não damos conta de atender. Alguns chegam procurando justamente sabendo que a gente tem a especialidade, para um tratamento homeopático. Mas dentro do tratamento unissista (que eu acho que é o que tem essa solução para problemas maiores) a gente não consegue atender, pela demanda, no tempo que é exigido em 20 minutos e ir encaixando urgências... M (a).

7.2.5.3 Inexistência de Insumos Necessários a Algumas Práticas

Em relação à oferta de acupuntura na rede a maior queixa é sobre o não fornecimento das agulhas pela prefeitura, assim como outros materiais como moxa e sementinhas. Em alguns casos o próprio profissional fornece estes materiais, pois observam a dificuldade dos

pacientes, mesmo considerando o baixo preço dos mesmos.

Não adianta somente colocar o profissional capacitado, tem que ter estrutura física e ... por exemplo: em acupuntura, ter as agulhas. A Prefeitura, pelo menos até agora, não fornece as agulhas de acupuntura, o paciente tem que comprar. M (e).

Deveriam oferecer mais profissionais e outra coisa, é o material de trabalho, como as agulhas, porque tem muita gente que não tem condições de comprar. E (g).

Outro entrave importante é o espaço físico. Aplicar acupuntura em vários pacientes ao mesmo tempo é uma das possibilidades que esta prática permite, ou, enquanto um ou mais pacientes encontram-se em terapia o médico pode continuar atendendo sua agenda, situações difíceis de acontecerem na maioria das UBS, devido a falta de espaço.

Não faz acupuntura no posto principalmente por falta de tempo. Não tem espaço na agenda, não tem uma sala para colocar o paciente com acupuntura e ir atendendo noutra... M (h)

Aqui não tem espaço físico.... para nada. E (i).

7.2.5.4 Falta de um Projeto para a Constituição da Farmácia Homeopática

A questão do medicamento homeopático é discutida em todos os serviços públicos onde foram implantados serviços médicos homeopáticos. Com a inclusão de **todos** os medicamentos homeopáticos que constam na Farmacopéia Homeopática Brasileira na RENAME (Relação Nacional Medicamentos para a atenção básica), e mais dois fitoterápicos (xarope de guaco e cápsulas de espinheira santa) estes medicamentos podem ser adquiridos pelos municípios e seu financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão.

Portaria GM 3237/2007, Art. 1º do anexo I: “O elenco de Referência é composto por medicamentos e insumos que se destinam a atender aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica à saúde...” (BRASIL (a), 2007).

Aqui em Florianópolis foi implantada uma farmácia homeopática pública na antiga Policlínica Estadual em 2002 e lá funcionou até a desativação da mesma em 2006. Foi acolhida pelo Hospital Infantil,

porem foi fechada, em função de o espaço físico utilizado ser inadequado para tal função. Desde então há uma busca de solução e de espaço adequado para esta farmácia, o que gerou alguns comentários dos entrevistados.

Sobre a farmácia homeopática que era da SES deveria ser montada junto a farmácia escola – dando oportunidade de estágio para o pessoal da graduação saber como é o remédio homeopático. Devia o município assumir esta farmácia, teria um gasto mínimo (para o município é um gasto mínimo, porque a mão de obra já tem, os médicos homeopatas já tem, tem até as matrizes). As matrizes a farmácia tem, a questão é dividir um pouco para montar para o município e uma parte deixar para o hospital escola, o HU. M (d).

Apesar dos medicamentos homeopáticos serem mais baratos do que os alopáticos é consenso entre os médicos que o não fornecimento dos mesmos pelo SUS é importante fator de dificuldade de aderência do paciente ao tratamento, o que também foi anotado em outras pesquisas (DURGANTE, 2006).

Primeiro oportuniza, dá o acesso a pessoas com dificuldade financeira. Porque o remédio homeopático também, ele é aparentemente barato, mas se tu começa a fazer um tratamento ali direto, 6 gotinhas de duas em duas horas, vai medicamento... Então o tratamento assim, que a gente orienta, é relativamente caro, não é considerado barato. Para as pessoas aí, essa é uma coisa que bloqueia. M (d)

Mesmo o fato de ter de se deslocar para conseguir o medicamento gratuito faz com que os pacientes prefiram utilizar o que está à mão (no caso, os medicamentos comumente existentes na UBS).

(O entrave é...)... o baixo poder aquisitivo, quando a gente oferece pro paciente a receita do remédio homeopático e tem que ir ao Hospital Infantil buscar... ou tem outro tipo de tratamento que pega o remédio aqui. Eles preferem aquele ali. Tem uma viagem a fazer, o risco de chegar lá e não encontrar a medicação, tem a distância, que é outra dificuldade. As pessoas que a gente atende não podem ... M (a)

7.2.5.5 *Desconhecimento a Respeito das PIC pelos Profissionais da rede*

Em concordância com outros estudos o desconhecimento sobre as medicinas e práticas integrativas e complementares é muito grande entre os profissionais da área da saúde (BRESCIA, 2004, QUEIROZ, 2000; BEN-ARYE, 2008). Por outro lado, os profissionais não especialistas entrevistados revelam interesse e desejam fazer alguma capacitação ou formação nesta área.

Não senti nenhuma resistência até agora. Tem alguns colegas que realmente têm interesse. Não têm tanto entendimento, mas é falta de conhecimento sobre o assunto. M (e)

O médico não oferece acupuntura para o paciente... E eu acho que isso é cultural mesmo, é falta de costume, de lembrar que tem outra especialidade que pode estar ajudando. E (g).

Fitoterapia para controlar a ansiedade... Alguns até eu uso. Os pacientes têm interesse em plantas, em fitoterapia, mas como eu não entendo muito eu não posso indicar. M (h).

Precisa ter mais conhecimento, mais pressão pelos médicos e pelos pacientes, por quem já usou. Eu mesma não gostava de acupuntura antes de experimentar. É necessário conhecer como funciona. E (i)

As PIC na ULS seria uma coisa à parte. Se eu tivesse mais conhecimento talvez visse isso melhor. E (i).

7.2.5.6 *Conseqüente à Hegemonia da Biomedicina e da Força da Indústria de Medicamentos*

A formação acadêmica das profissões da saúde no Brasil está fortemente alicerçada no modelo norte americano, que no início do século passado suplantou as universidades alemãs e francesas. Desde 1910, com o relatório Flexner, todas as faculdades de medicina dos EUA (e por extensão, em quase todo o mundo) unificaram seus currículos, possibilitando o surgimento do chamado complexo médico-industrial e, eliminando todas as faculdades que não se enquadravam no modelo preconizado (entre elas 20 faculdades de homeopatia, nos EUA)

Este enfoque privilegia a atenção hospitalar, utiliza meios diagnósticos de alta tecnologia e gera uso excessivo de exames e de medicamentos (PAGLIOSA, DA ROS, 2009). Neste modelo, de objetivação da doença, a relação médico-paciente passou para segundo plano e o subjetivo nem é considerado (SALLES, 2009; TEIXEIRA, 2007). Os profissionais entrevistados têm consciência da força deste complexo médico-industrial, e até o questionam, mas a sua formação foi baseada nele e é difícil utilizar outro enfoque.

Apesar dos profissionais entenderem, a visão da medicina tradicional é muito forte. A medicina convencional é o que, no mundo ocidental, se acredita como melhor parâmetro para a cura das doenças. Existe um preconceito em relação aos profissionais que não atuam na medicina tradicional. Por exemplo, acupuntura o enfermeiro já pode fazer..., a lei inclusive acabou de sair. Mas ainda se encontra resistência em relação às práticas dos enfermeiros. Dá para buscar várias formas de tratamento, só que tem a questão da indústria farmacêutica que é muito forte no Brasil e a mentalidade de que a cura só se dá através dos remédios de forma tradicional... isso é muito forte e para mudar é um trabalho muito intenso das pessoas que acreditam. E (c). As pessoas só querem o curativo e não o preventivo. É um desespero para usar medicamentos. E (i).

Quando fui para o interior comecei a usar plantas, mais fitoterápicos.... Mas o povo já estava excluindo a questão da fitoterapia, tem que ser químico mesmo: tratamento alopático tradicional. M (d).

....teria que sensibilizar todos os profissionais da rede de que existe esse serviço para poder ser encaminhado. Acho que a dificuldade se encontraria aqui, com a sensibilização dos profissionais, porque tem muitos que não usam... é só alopatia, aquela medicina clássica e não utiliza alternativa nenhuma. Por isso eu acho que essa seria a parte mais difícil. E (b).

7.2.5.7 Falta de um Projeto para a Implantação das PIC na Rede

É consenso entre os profissionais da rede básica que, sem um projeto estruturado, sem uma política específica para a área, é muito difícil propor mudanças e tomar iniciativas. Além de estarem sobrecarregados de trabalho, os profissionais que possuem habilidades em algumas práticas ou outras especialidades nesta área complementar sentem-se inseguros de oferecê-las à clientela das unidades de saúde.

O que falta é incentivo dos gestores... em vários sentidos, como o financeiro, para ampliar o posto... M (h).

*Eu acho que depende da política de saúde da prefeitura porque não está protocolado para a gente estar utilizando essas práticas. Eu não posso disponibilizar isso para os pacientes. E (g).
Falta apoio dos gestores, para ter mais tempo nas consultas, porque pacientes não faltariam (para a homeopatia). M (a).*

7.2.5.8 Fragilidade do Controle Social

Tanto as diretrizes do SUS como a PNPIC prevêem um importante componente na formulação das políticas da área da saúde que é o controle social. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1980) que há a reivindicação da inclusão das PIC no serviço público de saúde. Em Florianópolis as últimas conferências municipais recomendam a inclusão das PIC e o fornecimento dos insumos necessários na rede.

VI Conf. Municipal de Saúde

(www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal/doc) setembro de 2003

51. O uso dos fitoterápicos foi alvo de atenção na Conferência, assim como as terapias complementares, e foi ressaltada a importância de incentivar a indicação do uso de plantas medicinais que já possuam estudos científicos de eficácia e segurança, bem como de medicamentos fitoterápicos aprovados pela ANVISA, e disponibilizar, na rede básica, tratamentos baseados na fitoterapia, acupuntura, homeopatia e naturologia.

13. Recuperação e fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária, particularmente no que diz

respeito à ampliação do conceito de saúde como quantidade e qualidade de vida...

8. Implantação de programa de referência em terapias complementares, novas e tradicionais, na rede municipal de saúde, bem como implementar a acupuntura na atenção básica em saúde, tendo em vista se tratar de uma ação com baixo custo e alta resolutividade, sendo bom no tratamento de doenças, como na promoção e prevenção em saúde.

63. Tendo-se em conta as dificuldades de implantação dos Conselhos Locais, no município, entende-se que o Conselho Municipal de Saúde deva trabalhar junto às comunidades para incentivar a formação e implementação dos mesmos, em parceria com os profissionais do centro de saúde”.

66. Criar um espaço nos centros de saúde para a população fazer parte da construção da saúde coletiva, compartilhando seus conhecimentos populares juntamente com os profissionais de saúde.

VII Conferência Municipal de Saúde (julho 2006, com etapa complementar em 2007), relatório disponível em (www.pmf.sc.gov.br/saude/conselho_municipal/doc/):

82. Implantação imediata das terapias naturais, como alternativa para o usuário do SUS. Os profissionais das terapias naturais podem ser contratados mediante apresentação de certificados de habilitação para tais práticas, conforme regulamentado pela Portaria 971, do SUS de 04/05/2006;

24. Garantir a compra dos insumos necessários para prática da homeopatia, acupuntura, e outras práticas complementares pela Secretaria Municipal de Saúde visando o acesso e integralidade.

Apesar das disposições em lei e das conferências municipais de saúde, na prática os conselhos locais de saúde não existem ou são muito frágeis e não há organização suficiente da população para reivindicar o cumprimento das resoluções das conferências, quase inexistente a participação dos usuários nas UBS e seus profissionais pouco participam

dos conselhos existentes (GIOVANELLA, 2009).

*Não tem conselho de saúde, está difícil. As pessoas não gostam muito de se envolver... E (i)
Não tem Conselho Local de Saúde onde estou agora, não vejo a comunidade sendo muito atuante... M (e)*

7.2.6 Propostas e Necessidades para Inserção das PIC na Rede

7.2.6.1 Sistematização para Uso, Aplicação e Difusão

Os profissionais enfatizaram as dificuldades em colocar em prática suas habilidades nas UBS em decorrência da falta de incentivo.

Seria o caso de quem faz PSF, como eu... poderia começar com um turno na semana, algumas horas para atender a demanda (de PIC) daquele posto de saúde. M (d).

Fica evidente a necessidade de formulação de uma política municipal para a sistematização das iniciativas. Além de projeto para a área é necessário a divulgação para o público, a inclusão de outras iniciativas, o incentivo à troca de saberes, incentivando a participação e a organização da comunidade.

A gente faria isso de uma forma mais sistemática, iria utilizar mais, cada vez mais o conhecimento sobre os fitoterápicos ia ser mais difundido e a população iria usar isso de uma forma mais certa, a população confiaria mais nesse tipo de medicamento. E (c).

Em uma UBS está prevista a discussão de protocolo para uso de fitoterápicos, outras têm iniciativas tímidas na oferta de alguma atividade ou prática da área das PIC.

A gente está discutindo sobre os protocolos ... e o próximo é para a gente estudar mais aprofundadamente as plantas medicinais. Uma capacitação mesmo, dos profissionais de saúde para a utilização do fitoterápico.é uma questão política de protocolos, de regulamentar e talvez também dos cursos, da formação dos profissionais. E (c).

Eu acho que outra maneira são as hortas, os chás. Aqui no nosso centro de saúde nós estamos desde o ano passado esperando sair a liberação, para fazer uma horta de plantas medicinais atrás do centro de saúde. Vai ser feito um treinamento com o pessoal do posto, para saber usar. E (b).

Dentre as propostas de inserção foi levantada a questão de adequação do serviço de saúde às necessidades locais, e, se à primeira vista esta parece uma observação óbvia, é de se lembrar que qualquer projeto de saúde deveria partir de um estudo local, adequação à realidade e participação da comunidade, porém não é isto que acontece na gestão em saúde praticada no Brasil. Inclusive em relação aos projetos na área PIC, que costumam ser iniciativas de profissionais especialistas na área ou decorrentes de interesses políticos (SALLES, 2006).

[..].tem que ver o lado da comunidade, porque tem que ver as necessidades e a cultura da comunidade. Se dentro daquela comunidade existe a aceitação de alguma outra prática alternativa, a ayurveda, a homeopatia, a acupuntura, ioga, enfim, eu acho que só vai somar. M (e)

Eu vejo que tem aqueles que têm dificuldade de ir (em outro bairro, na Farmácia Verde) . Não é qualquer pessoa que vai lá, porque é longe, tem que pagar... talvez se tivesse uma aqui, com certeza a procura ia ser muito grande. Porque lá é uma coisa que tem, mas são poucas pessoas que sabem. Eu também acho que se tivesse Farmácia Verde em todas as unidades, a fitoterapia poderia ser mais usada. E (g).

7.2.6.2 Inserção em Todos os Níveis de Atenção à Saúde

Na pesquisa exploratória 81 profissionais (45,8%) foram de opinião de que as práticas integrativas e complementares poderiam ser inseridas em todos os níveis de atenção do SUS, e 51,3% opinaram pela inserção a nível primário e/ou secundário.

Na atenção primária, tem que atuar como uma prática complementar. Se dentro daquela comunidade existe a aceitação de alguma outra

prática alternativa, a ayurverda, a homeopatia, a acupuntura, ioga, em fim, eu acho que só vai somar. Inclusive vai aumentar a resolubilidade. Na atenção secundária é essencial. Eu vejo que aqui em Florianópolis ainda está muito restrito o número de profissionais e o número de centros que tem práticas alternativas, práticas complementares (no caso).

Na atenção terciária, nos hospitais, a prática alternativa também tem o seu lugar, com certeza. Vou dar o exemplo aqui de hiperemese gravídica, um dos primeiros pontos a serem estudados dentro da acupuntura, (para aceitação da acupuntura na medicina ocidental foi exatamente esse ponto). São pacientes que estão internados por esse motivo. Então: redução de dor, redução de analgésicos, diminuição de tempo de pós-operatório... isso com certeza na atenção terciária vai ter uma inserção. M (e).

Na atenção primária e secundária eu acho que funcionaria perfeitamente. Na terciária, eu acredito que funcionaria sim. Em hospitais, com aqueles internados de longa data... Eu acredito que funcionaria. Teria que ver como seria implantado, de que maneira o hospital daria mais respeito à questão, mas acho que daria sim. E (b).

Os profissionais que trabalham ou trabalharam em hospitais crêem que é possível a inserção também a nível terciário devido aos potenciais efeitos benéficos para os pacientes como a diminuição da ansiedade, a analgesia, a diminuição dos efeitos adversos das drogas.

Eu acho bom e acho que é possível. Vamos citar um exemplo: paciente que tem dor por alguma condição mórbida em atendimento terciário a gente pode usar erva baliieira, o que é muito bom, em vez de usar os outros antiinflamatórios que vão acabar com o rim dele. Hoje o HU tem residente em acupuntura. Hoje, eles estão começando a entrar nas enfermarias e os alunos que conhecem já sugerem. Mas, se esse hospital mudasse a alimentação, a dieta das pessoas, por exemplo, já seria um grande ganho. Um grande aprendizado para os pacientes. M (f).

.Acho maravilhosa a Política Nacional de Práticas Alternativas e Complementares, sobre atuar em todos os níveis, mas vai depender da força dos profissionais que acreditam nisso. E (c).

Tem um colega médico homeopata no interior de São Paulo que usa também a homeopatia para pacientes internados... e o paciente sai mais rápido ou tão bem quanto usando a alopatia, então... de forma muito mais barata, muito mais integrada. Então dá para ser usado sim, homeopatia, acupuntura, qualquer uma delas (a nível terciário). M (a).

Se é um avanço começar a pensar na inclusão de atendimento com PIC no nível hospitalar chama a atenção que a lógica da biomedicina ainda predomina, quando estas práticas são pensadas apenas como complemento e auxílio dentro do esquema terapêutico convencional. As experiências de Cuba e do México (incluídos no relatório do 1º seminário Internacional sobre PIC, de Brasília- BRASIL, 2008) mostram mudanças quanto a esta lógica biomédica, que avançam num conceito de bem estar e bem viver em que o paciente passe a ser o centro efetivo das atenções e os funcionários possam se sentir também beneficiários e participantes nesta mudança de paradigma.

7.2.6.3 Inserção das PIC nos Currículos da Área da Saúde

Os profissionais relataram a ausência quase absoluta deste tema nos seus cursos de graduação, e, quando presente, a disciplina trazia muitas informações e pouca formação. Para alguns dos entrevistados o interesse pelas PIC, mesmo tendo se iniciado durante a graduação, adveio de uma inquietação natural, uma busca pessoal por outras concepções de saúde-doença e outras terapêuticas, como demonstram estas falas:

Quando estudante ... eu vi que tinha um grupo estudando homeopatia aqui, eu logo me interessei: a ausência de efeito colateral... até pela minha insegurança em receitar um remédio, pelo efeito indesejado, o efeito colateral. M (d).

Durante a graduação eu queria entender as terapias alternativas ... entender como um recurso a mais a ser utilizado... E (c).

A percepção que têm é de falhas importantes nos currículos da área da saúde (pelo menos dos cursos que realizaram, todos no sul do Brasil), que não oferecem formação para o entendimento das PIC e, portanto, não se sentem capacitados a avaliá-las e de orientar seus pacientes.

Para inserção no SUS...tem que ter cursos, começar lá na graduação o conhecimento destas práticas. (PNPIC) Se tivesse aqui me sentiria perdida, minha bagagem da graduação não chegou nem perto...Precisaria fazer um curso/capacitação. E (i).

Acreditam que as dificuldades ou oposição à inserção das PIC no SUS viriam da falta de capacitação dos profissionais e pela visão de saúde-doença da biomedicina, que se opõe à concepção mais holística das Medicinas e terapias complementares.

A doença ainda é vista como algo separado do ser humano, visão de saúde fragmentada. Acho que é essa a dificuldade. Talvez os currículos... do curso de medicina, do curso de enfermagem... a formação desses profissionais nos cursos, acho que isso dificulta um pouco. É a visão mesmo de saúde x doença. ...porque os cursos tradicionais não focam nessa questão.na graduação(de enfermagem) eu sei que tem uma disciplina que era optativa e que praticamente já está quase obrigatória, porque todos estão fazendo. E (c).
A resistência ocorre porque não temos conhecimento durante a graduação. É especialidade, mas não é graduação, então como fazer uma pós-graduação se não tem na graduação. Ai está a maior falha do nosso ensino médico. M (d).

Em função do Programa Docente-Assistencial, da mudança do currículo dos cursos da área da saúde da UFSC, quase todas as UBS de Florianópolis hoje recebem estudantes para estágio obrigatório durante toda a graduação. Isto acarreta uma responsabilidade dos profissionais da rede também pela formação destes estudantes. A oportunidade de eles estarem em contato com a população, realizarem atividades educativas na comunidade, é um rico campo de aprendizado da cultura popular e possibilita uma troca de saberes que não vem sendo aproveitada devidamente.

Eu não quero formar fitoterapêutas, só quero que sejam menos ignorantes. Só isso. Para quando uma pessoa chegar com a planta, você pese aquilo que você vai dizer. Porque tem plantas que são completamente tranquilas de usar, seguras e tem plantas perigosíssimas. O que eu digo hoje é que eu não concebo uma escola de medicina que não forma um médico com capacidade de ser acupunturista e conhecedor de plantas medicinais. M (f).

Esta falta de formação na área das práticas complementares faz com que os profissionais sintam-se inseguros, e duvidem da possibilidade de inserção das PIC no SUS. Por isso eles acreditam ser tão importante a inclusão de formação sobre estas práticas nos cursos de área da saúde. Mesmo os que tiveram alguma disciplina sobre as PIC na graduação, como em algumas faculdades de enfermagem, se sentem inseguros, pois a formação não é suficiente e não se sentem respaldados para utilizarem estes conhecimentos na UBS.

O meu TCC foi sobre fitoterapia com os índios, ali em Biguaçu. Tive formação mais na área de fitoterapia antes de fazer essas técnicas de acupuntura. Eu faço a acupuntura na minha mãe, ventosa, que eu também fiz um curso de ventosa. Fiz um curso rápido de Shiatzu... eu tenho medo, às vezes, de estar oferecendo muitas coisas, porque a gente sabe que tem a toxicidade das plantas, então tem que ter uma segurança boa. Quanto a fitoterapia eu tenho um pouco de medo de estar passando estas coisas. E (g).

Mas os próprios profissionais observam que o interesse dos estudantes dos cursos da área da saúde vem aumentando muito, o que está de acordo com todas as pesquisas realizadas recentemente no Brasil. Estas, além de detectar este interesse crescente dos estudantes por PIC, demonstra também que o desconhecimento a respeito é muito grande e, por isso, eles são majoritariamente favoráveis à inclusão deste tema nos currículos da área da saúde. (TEIXEIRA, LIN, MARTINS, 2005; SALLES, 2008(b) TEIXEIRA, 2007, KÜLKAMP, 2007).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que 81,4 % dos médicos e enfermeiros de ESF de Florianópolis são favoráveis à inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, apesar de desconhecerem as diretrizes da política nacional para a área e as próprias práticas mencionadas. É possível que esta seja uma realidade também no restante do país, mas não se dispõe de resultados de outras pesquisas a respeito para comparação. No mundo, há suficiente acúmulo de dados sustentando a hipótese de que há um progressivo e já relevante interesse e sensibilização dos profissionais de saúde em geral, notadamente os da atenção primária, pelas práticas integrativas. Esse crescimento não tem passado despercebido e enseja questionamentos por parte de alguns profissionais da saúde e pelos órgãos de classe quanto à validação científica das PIC. Como consideram a biomedicina como a única verdade e a ciência biomédica como o único caminho de validação de qualquer prática, fecha um círculo epistemológico. Porém deve-se considerar que a maioria das práticas (convencionais ou não) são adotadas e normatizadas na sociedade antes que qualquer evidência científica estabeleça sua segurança ou eficácia. Sem contar que as próprias práticas científicas contemporâneas vêm sendo alvo de discussão, pela constatação de que o poder econômico avassalador do chamado “complexo médico-industrial” incide sobre as instituições de ensino e pesquisa e sobre os próprios órgãos governamentais de controle, desfazendo o mito da neutralidade científica (ANGEL, 2005).

Os desafios enfrentados para a inclusão das PIC no SUS ainda não foram superados e dependem de muita articulação política e social que garantam sua priorização nos planos de saúde municipais. Falta investir ainda na formação e qualificação de profissionais, em monitoramento e avaliação da Atenção Básica, no fornecimento dos Insumos (medicamento homeopático/ fitoterápicos /Agulhas para Acupuntura) e no incentivo à pesquisa. (BARROS et al, 2009).

O desconhecimento dos profissionais da saúde sobre as práticas complementares e as outras racionalidades médicas é responsável pelos conceitos equivocados que emitem sobre este tema, o que pode gerar distanciamento na relação médico-paciente (os pacientes não costumam relatar o uso que fazem destas práticas, por exemplo) e conflitos com seus colegas praticantes destas especialidades. Situação que se inicia na graduação, já que os currículos da maioria dos cursos da área da saúde não proporcionam conhecimentos sobre outras medicinas e práticas,

inclusive sobre acupuntura e homeopatia, que já são especialidades médicas. Os profissionais da ESF de Florianópolis reconhecem esta realidade, e são altamente favoráveis à inclusão das PIC nos cursos da área da saúde. As investigações realizadas com estudantes de medicina revelaram os mesmos resultados: grande desconhecimento destas práticas, muito interesse em aprender e atitude altamente favorável à inclusão nos currículos.

O desafio agora é romper as barreiras ainda existentes entre aqueles que aceitam somente a biomedicina como única e verdadeira solução para o adoecimento humano e aqueles que utilizam outras racionalidades e práticas de cuidados à saúde. É necessário enfrentar os tabus e a indiferença que levam à desvalorização das práticas não convencionais, incentivando maior divulgação dos conhecimentos sobre estas práticas e, ao mesmo tempo, criar mecanismos de controle e qualificação, e mais pesquisas na área. Assim poderíamos chegar ao caminho da convergência, na busca por uma medicina centrada no indivíduo, que respeite sua cultura, necessidades, carências, sofrimentos, crenças e opções (NOGALES-GAEDE, 2004).

Os dados deste estudo são insuficientes para explicar a posição favorável da maioria dos profissionais acerca da inclusão das PIC no SUS. Pode ser que reflita o que Madel Luz (2003) chama de “crise da medicina”, crise esta que se reflete no desconforto com a excessiva (e cara) centralização da biomedicina na doença e sua diagnose, situação que fica mais evidente e difícil na atenção primária. Por isso que, cada vez mais, se reconhece que outras racionalidades médicas, como a Homeopatia e outras medicinas e práticas terapêuticas centralizadas no cuidado ao paciente, que incentivam a autonomia e possibilitam uma melhor relação médico-paciente, podem vir a resgatar para a medicina seu papel de arte de cura. Pesquisa realizada por Sandra Salles (2008) revelou que gestores apóiam a inclusão da Homeopatia no SUS por reconhecerem nela qualidade na atenção e eficácia, além de baixos custos e em respeito aos princípios de universalidade e equidade, e os médicos do SUS a apóiam por reconhecerem as limitações da biomedicina e a possível complementaridade entre as duas medicinas. Estas foram também as opiniões expressas pelos profissionais entrevistados em Florianópolis que defendem a inclusão das PIC no SUS pelo direito ao acesso, aumento da resolutividade da atenção primária, diminuição da medicalização e dos custos em saúde. Além destas justificativas também foi alegada a boa aceitação das PIC pelos profissionais da rede como facilitadora desta inclusão, e que estas práticas têm o potencial de incentivar a participação comunitária numa

ação de melhoria da saúde coletiva. Os profissionais afirmam o interesse das comunidades onde atuam pelas PIC e acreditam que isto se deva pela própria cultura local e ou decorrente de experiências como usuária das PIC

O interesse por parte da maioria dos profissionais pelas PIC, manifestado no desejo por parte de muitos (59,9%) de realizar uma capacitação ou formação na área, pode estar relacionado à visão que têm de que estas práticas estão baseadas em entendimento mais amplo de saúde-doença (concepção referida por 60%) o que propiciaria um cuidado diferenciado aos seus pacientes. Há diferenças quanto ao interesse dos profissionais médicos e enfermeiros por estas práticas PIC, possivelmente decorrente do fato de que os médicos se apoiam mais, e justificam sua prática profissional, na biomedicina e seu arsenal medicamentoso enquanto que os enfermeiros desejariam dispor, talvez, de práticas não biomédicas para melhor atender seus pacientes. Nas entrevistas, o interesse por PIC esteve fortemente correlacionado à experiência pessoal do profissional como usuário de alguma terapia (concordante com os resultados dos questionários), pelo contato próximo com algum colega especialista, ou pela história familiar, mas também pela experiência profissional com a observação dos resultados destas terapias com seus pacientes e pela cultura popular do lugar onde trabalha. Outro fator relevante é a inquietação pessoal pelos rumos da biomedicina, com questionamentos que impulsionaram a busca por alternativas terapêuticas para si mesmo e seus familiares, assim como o interesse em trazer essas práticas para seu espaço de trabalho.

Há profissionais na rede que possuem especialização em PIC ou cursos afins, porém a maioria não as oferece nas UBS. Raramente o profissional habilitado dispõe de tempo, espaço ou autorização para exercê-las, e, nos comentários acrescidos ao questionário relatam também o não fornecimento das agulhas de acupuntura pela SMS e o não incentivo à capacitação dos profissionais, as quais foram confirmadas pelos profissionais entrevistados. Estes citaram a falta de conhecimento sobre estas práticas pela maioria dos colegas, a hegemonia da biomedicina e a força dos laboratórios farmacêuticos como entraves à convivência entre racionalidades médicas distintas, a fragilidade do controle social como entrave à participação da comunidade na unidade de saúde e a falta de um projeto específico para esta área como entrave político para efetiva inserção das PIC na rede municipal. Além destes motivos alegam a insuficiência de profissionais habilitados na rede e os que existem atuam muito pouco.

Considerando que a oferta de homeopatia na rede é muito

pequena, é possível explicar porque somente metade dos profissionais encaminha seus pacientes com alguma frequência para este tratamento. Já em relação às plantas medicinais, cujo uso é uma prática popular no nosso meio e encontra-se ao alcance da maioria das pessoas, é o desconhecimento dos profissionais sobre elas que determina a falta de incentivo ao uso das mesmas. A capacitação das ESF para o uso e manejo das plantas medicinais é urgente medida que deveria ser tomada pelos gestores municipais, no intuito de envolver as comunidades para o resgate cultural de seu uso, possibilitando outras opções terapêuticas e proporcionando conhecimento atualizado de eficácia e segurança sobre as mesmas para seus profissionais.

Conforme apontam as pesquisas, nacionais e internacionais, as medicinas tradicionais e complementares tem apresentado demanda ascendente, assim como cresce também o interesse dos médicos por estas práticas não biomédicas. As explicações para o fenômeno vão da insatisfação com a Biomedicina (sua terapêutica e iatrogenia, seus métodos invasivos e caros, seu foco na doença e não no paciente) às qualidades atribuídas às medicinas e práticas complementares (integralidade da atenção, humanismo da relação médico-paciente, estímulo às forças curativas do organismo, baixo potencial de iatrogenia). Em que pese a influência destes fatores, a opção por práticas de cura não utilizadas pela biomedicina, com fins terapêuticos por parte dos pacientes ou como especialização por médicos educados no sistema acadêmico ocidental, pode representar uma mudança de paradigma em saúde, com transformações culturais mais amplas. Os médicos e enfermeiros entrevistados apresentaram um amplo leque de noções a respeito das PIC que estão de acordo com as explicações apresentadas na literatura para a procura por estas práticas. Ênfase maior foi dada à possibilidade de complementaridade entre a Biomedicina e as PIC, principalmente pelos benefícios que estas trazem para a saúde dos pacientes (pela eficácia da ação terapêutica, pelo incentivo à autonomia e pela ação preventiva), como também pela salutar influência na relação médico-paciente propiciada por concepções que têm a saúde e o cuidado como centro de sua atenção.

A oferta de múltiplas opções terapêuticas e ações que possam vir a diminuir o consumo excessivo de medicamentos e exames de alta tecnologia e a medicalização das ocorrências naturais da vida, e, ao mesmo tempo propiciar uma melhor qualidade de vida e estimular o autocuidado e a autonomia já é uma realidade em muitos municípios brasileiros. A situação em Florianópolis, demonstrada neste estudo, é sugestiva de que a implantação das Práticas Integrativas e

Complementares no município estaria na dependência apenas de um projeto político local para a área e contaria com o apoio dos médicos e enfermeiros da ESF. Esta situação pode ser uma realidade também em outros municípios, e seu levantamento pelos gestores pode ser um simples, e importante, primeiro passo para a construção de políticas locais de oferta das PIC na APS.

REFERÊNCIAS

ABADOGLU, O.; CAKMAK, E.; KZUCU, D. S. The view of patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on complementary and alternative medicine. **Allergol Immunopathol (Madr)**; 36(1):21-5, 2008 Jan-Feb (Turquia)

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade**. V.16. n.3,p.30-50, set-dez 2005.

ALVAREZ C, L.S. El uso de medicina alternativa y medicina tradicional en Medellín, 2005. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública** [online]. 2007, vol. 25, no. 2 ISSN 0120-386X. (acesso em 02/05/2009)

ANDRADE, J.T. **Medicina Alternativa e Complementar: Experiência, Corporeidade e Transformação**. Salvador, EDUFBA: EdUECE, 2006.

ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDONI JUNIOR, L. (org.) **Bases da Saúde Coletiva**. Editora UEL e NESCO, 2001.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Ed. Record, Rio de Janeiro/São Paulo, 2007.

ARAUJO, A.C.C. **PSF e Homeopatia: um paralelo de luta e identificação**.(monografia para Pós-graduação em Saúde da Família) Niterói, Faculdade Redentor: 2006.

ARAÚJO, E. C. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento
Ciênc. Saúde Coletiva v.13 supl.0 Rio de Janeiro abr. 2008

ARAÚJO, M. A. M Antibiotics and healing plants, **Interface** _ Comunicação, Saúde, Educação, v.4 , n.7, p.103-10, 2000.

ARTUS, M.; CROFT, P.; LEWIS, M.; The use of CAM and conventional treatments among primary care consultants with chronic musculoskeletal pain. **BMC Fam. Pract**; 8:26, 2007. (Inglaterra)

ASSION, H.J. et all. Patients' use of alternative methods parallel to psychiatric therapy: does the migrational background matter? **Acta Psychiatr Scand**; 116(3):220-5, 2007 Sep. (Alemanha)

ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. **Journal of American Medical Association**, (279):19, p.1548-53, maio, 1998.

AYRES, J. R. C. M.. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, Apr.2007

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lda. Lisboa. 1995.

BAROLLO, C.R. et all **Efeito do tratamento homeopático sobre o comportamento do adoecer crônico, em uma comunidade carente, alvo de programa social, na periferia da cidade de São Paulo, no período de ago/2004 a mar/2006**. EPM/UNESP, dez., n.21, São Paulo, 2007.

BARROS, N. F. **Médicos em crise e em opção: uma análise das práticas não-biomédicas em Campinas**. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1997. (Dissertação de mestrado).

_____ **Medicina Complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.

_____ **As Práticas Complementares na Rede Pública Municipal de Campinas**. SMS/GTRIS, Campinas, 2003 (relatório).

_____ **A construção da Medicina Integrativa**: um desafio para o campo da saúde. São Paulo. Editora Hucitec, 2008.

BARROS, N.F., SIEGEL, P. e De SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. De Saúde Pública**, vol.23, nº12, Rio de Janeiro, Dec. 2007.

BARROS, N. F.; De SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; TESSER, C.T. As práticas Complementares e Integrativas no Sistema Único de Saúde. In: TESSER, C.D. (org.) **Medicinas complementares: o que é necessário**

saber. (Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura). Ed. UNESP, São Paulo. (no prelo)

BAUER, M. W; GASKELL, G. (ed.) **Pesquisa Qualitativa com texto, Imagem e Som.** Um manual prático. 2ª edição. Editora: Vozes. Petrópolis. 2003.

BBC NEWS. news.bbc.co.uk/1/hi/health/425986.stm. Acesso em 07/06/2007

BECKMAN, H.B.; FRANKEL, R.M.. The effect of physician behaviour on the collection of data. **Annals of Internal Medicine** 101:692-696, 1984.

BEN-ARYE, E. et all. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. **Patient Educ. Couns;** 70(3):395-402, 2008 Mar. (Israel)

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde.** Ed. HUCITEC. São Paulo. 1996.

BOLETIM PROHAMA, primavera verão, 2009. www.pbh.gov.br/smsa/prohama.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [<http://portal.saude.gov.br/saude/>](http://portal.saude.gov.br/saude/) 2007.

_____ (b) Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: [<http://portal.saude.gov.br/saude/>](http://portal.saude.gov.br/saude/) Acessado em 30 de junho de 2008.

_____ (c) **Revista Brasileira Saúde da Família:** Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Uma realidade no SUS. Ano IX. Ed. Especial (maio 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____ (d) Relatório do 1º Seminário Internacional sobre Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/semi_praticas_integrativas.php acesso em 25 de maio de 2008.

_____ (e) Portaria 971, de 06 de maio de 2006: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ministério da Saúde. Disponível em: <www.in.gov.br/materias/xml/do/seção1/2117398.xml>. Acesso em 14 nov. 2006

_____ (f) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 pp.

_____ (g) PNPIC. Diagnóstico situacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde, Brasil, 2004.

_____ (h) Florianópolis:. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **VII Conferência Municipal de Saúde**, 13 a 15 de julho de 2006. Disponível em <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em 12 nov. 2006.

_____ (i) Florianópolis: Portaria 283/2007 Política municipal de Atenção à saúde. SMSF- <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/> Acesso em 26/maio/2008

BRESCIA, S. M. Actitud y opinión de los pediatras ante las medicinas alternativas. *Arch. Argent. Pediatr.* [online]. mar./abr. vol.102, no.2, p.88-95, 2004.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro Modelos de Integração de Técnicas Qualitativas e Quantitativas de Investigação nas Ciências Sociais in: **O Clássico e o Novo: Tendências, objetos e abordagens em ciências sociais/** Organizado por Paulete Goldenberg, Regina M^a G. Marsiglia, Mara Helena de Andréa Gomes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 2^aed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1978

CAPONI, S. O Olhar Médico e a Tecnologia Pastoral In: **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

CAPRARA, A., RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência Saúde Coletiva**. Vol.9(1): 139-146. Rio de Janeiro, 2004.

CAVALAZZI, M. L. **Plantas medicinais na Atenção Primária**. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas. UFSC, Florianópolis, SC, 2003.

CHAPMAN, E. H. A Homeopatia. In: JONAS, W.B.; LEVIN, J.S. **Tratado de Medicina Complementar e Alternativa**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2001.

CHECHETTO, F. Plantas medicinais, transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Revista de Ciências Agroveterinárias** (Plantas Medicinais: Recursos Naturais para o bem-estar da Humanidade), Lages, v.5, n. esp. 1, p.45-52, 2006.

CHONG, C. A. et all. Complementary and alternative medicine use by osteoporosis clinic patients. **Osteoporos Int**; 18(11):1547-56, 2007 Nov. (Canadá).

CIZMESIJA, T.; BERGMAN-MARKOVIC, B.; [Use of complementary and alternative medicine among the patients in primary health care]. **Acta Med Croatica**; 62(1):15-22, 2008 Feb. (Croatia).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE www.conasems.org.br/files/NASF.pdf, Acesso em 29/11/07

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1499/98 e 1500/98. Acessível pelo site: www.portalmédico.org.br/revista/.../pareceres.htm em 13/08/09.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Consulta nº 21.332/2009. www.cremesp.or.br Acesso em 13/08/09

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

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde na Brasil. In: Marcos; Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marco Aurélio Da Ros (org.) **A**

Saúde em debate na educação física. Vol.2. Blumenau: Nova Letra, 2006.240p.

DANTAS, F., RIBEIRO, C.T. Atitudes de estudantes de medicina sobre práticas médicas heterodoxas no Brasil. **Rev. bras. educ. med;** 26(2):99-104, maio-ago. 2002.

DAVIS-FLOYD, R; ST. JOHN, G. **Del médico al sanador.** 1ª ed. Buenos Aires: Creavida, 2004.

De SIMONI, C. L. e BARROS, N. F. **As práticas Integrativas como perspectiva e as barreiras corporativas como realidade.** Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ABRASCO, Salvador, 2007.

DI STASI, L. C. **Plantas Medicinais: verdades e mentiras.** O que os usuários e os profissionais precisam saber..Editora UNESP, São Paulo, 2007. (Saúde e Cidadania)

DOBSON, R. Half of general practices offer patients complementary medicine. **BMJ** 2003; 327:1250-f (29 de novembro). Acessível em <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7426/1250-f?eaf> . Acessado em 13/06/2006.

DUARTE GÓMEZ, M. B. Medicina occidental y otras alternativas:¿Es posible su complementariedade? Reflexiones conceptuales. **Cad. Saúde Pública** v.19 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2003. Acesso em 20/junho/2008.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J., BARROS, A. (org.) **Métodos e técnicas em comunicação.** 2ª.ed. São Paulo: Atlas, 2006. p. 62-83.

DURGANTE, L. P. Expectativas dos indivíduos homeopatas de Itajaí a respeito de sua participação no SUS local. Dissertação.Mestrado em Saúde Pública. UFSC. Florianópolis, SC. 2006.

EISENBERG, D.M. et all. Unconventional medicine in the United States- prevalence, costs and patterns of use. **The new England Journal of Medicine.** Vol 328(4) 28 jan.1993, 246-256.

ERNST, E. Prevalence of complementary/alternative medicine for children: a systematic review. **Eur J Pediatr** (1999) 158: 7-11

_____, Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review **Bulletin of the World Health Organization**, 2000, 78 (2)

ESTRELA, W. L. Reflexões a respeito da trajetória político-institucional do atendimento médico homeopático no Brasil. **Cultura Homeopática**. p.15-20. abr-mai-jun. n. 15. 2006

_____. **Integralidade no cuidado nas Medicinas Naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. UERJ, 2006

FACCHINI, L.A. et all **Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório Municipal do Estudo de Linha de Base de Florianópolis – Lote 2 Sul / Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006.**

[FRANCO, J.A. e PECCI, C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas.](#) **Medicina** (B. Aires) [online]. 2003, vol. 63, no. 2 ISSN 0025-7680. (acesso em 02/05/2009)

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, ed. Atlas S.A., 1995.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 783-794, 2009.

GUENANCIA, P. Descartes: A natureza, o artifício, o animal. **In: Estudos de Filosofia e História das Ciências Biomédicas**. Russo, M. e Caponi, S. (org.). São Paulo: Discurso Editorial. 2006.

HAHNEMANN, S. **Organon da arte de curar**. 2ªed. Tradução: David Castro, Rezende Filho, Kamil Curi. GEHSP “Benoit mure”. São Paulo, 1995.

HARRIS, P., REES, R. The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. **Complementary Therapies in Medicine** (2000), **8**, 88–96 © 2000 Harcourt Publishers Ltd

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IDOYAGA MOLINA, A.; LUXARDO, N. Medicinas no convencionales em câncer. **Medicina**: 65(5): 390-394, Buenos Aires, 2005.

ILLICH, I. **A Expropriação da saúde**. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.

IORIO, R.C. **Acupuntura no exercício da medicina: o médico acupunturista e seus espaços de prática**. USP- Faculdade de Saúde Pública (tese de doutorado), 2007.

JEAN, D.; CYR, C.; Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. **Pediatrics**; 120(1):e138-41, 2007 Jul. (Canadá)

JONAS, W.B.; LEVIN, J.S. **Tratado de Medicina Complementar e Alternativa**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2001.

JUSTO, C.M.P.; GOMES, M.H.A. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos**; 14(4): 1159-1171, out./dez. 2007

KÜLKAMP, I.C. *et all* .Aceitação das práticas não convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul da Santa Catarina. **Rev. bras.educ. méd.**; 31 (3): 229-235, set.dez. 2007.

LANGDON, J. Cultura e Processos de Saúde e Doença. In: **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença**. Londrina, MS, 2003. p 91-107

LAO, L. Medicina Tradicional Chinesa. In: JONAS, W.B.; LEVIN, J.S. **Tratado de Medicina Complementar e Alternativa**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2001.

LEAL, F.; SCHWARTSMANN, G.; LUCAS, H. S.. Medicina complementar e alternativa: uma prática comum entre os pacientes com câncer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, Dec. 2008 .

LIMA, R.C.G.S. **Concepções de médicos de família no Brasil e na Itália sobre autonomia e solidariedade: implicações éticas para o cuidado na atenção primária de saúde.** 2008. 184 f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2008.

LUDIKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, D. **Racionalidades médicas: Medicina tradicional Chinesa.** UERJ/IMS, Rio de Janeiro, 1993.

LUZ, M. T. (coord.). **A questão da homeopatia- Textos de apoio.** Ed. PEC/ENSP/ABRASCO, Rio de Janeiro, 1987.

_____ **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna,** Ed. Campus, Rio de Janeiro, 1988.

_____ **A arte de curar versus a ciência das doenças.** História social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.v.1, 347p.

_____ **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 145-176, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>>. Acesso em 03/05/2007.

_____ **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 174 p

LUZ, H. S. **Projeto Racionalidades Médicas: A Medicina Homeopática.** Série: estudos em Saúde Coletiva nº 064. UERJ. Rio de Janeiro, outubro 1993.

MANZINI, T.; MARTINEZ, E.Z.; CARVALHO, A.C.D. Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogos. **Revista Brás. Epidemiol**, 2008: 11(2):

MARAVIESKI, M. **A Homeopatia e os formandos em Medicina da Região Sul II da Associação Brasileira de Educação Médica**. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da UFSC), Florianópolis, 2003.

MATOS, F. J. A. O Projeto Farmácias-Vivas e a Fitoterapia no Nordeste do Brasil. **Revista de Ciências Agroveterinárias** (Plantas Medicinais: Recursos Naturais para o bem-estar da Humanidade), Lages, v. 5, n.esp. 1, p.23-28, 2006.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos (p.39-64). In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org.): **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1):185-207, 2003.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.9, n.3, p.239-282. Jul./Set.1993.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1988, vol.4, n.4, pp. 363-381. ISSN 0102-311X.

_____ **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 2006.

MONTEIRO, D.A. e IRIART, J.A.B. 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.

MORGAN, R. **Enciclopédia das ervas e plantas medicinais**. Hemus Editora Ltda., São Paulo, 1982.

NGOKWEY, N. "Pluralistic Etiological Systems in their Social Context: A Brazilian Case Study. London. *Soc. Sci. Med.* Vol. 26. Nº 8, (pp. 793-802) 1988.

[NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. Rev. chil. neuro-psiquiatr.](#) [online]. 2004, vol. 42, no. 4 ISSN 0717-9227 acesso em 18/01/2009

NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K.R. A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14,n3, set. 2007.

NOISEN, E. et all. Use of complementary and alternative treatment for allergic contact dermatitis. **Br J Dermatol**; 157(2):301-5, 2007 Aug. (Dinamarca)

NOVAES, A.R.V. **A Medicina Homeopática: avaliação de serviços.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

OCK, S. M. et all. The use of Complementary and Alternative Medicine in a General Population in South Korea: results from a national survey in 2006. **Korean Med Sci.** Feb. 24 (1): 106. 2009

OMS/UNICEF. **Declaração de Alma Ata 1978.**

OMS (Organização Mundial da Saúde) **Estratégia da OMS sobre medicina tradicional. 2002-2005.** Genebra, 2002.

PAUL, P. Visão Transdisciplinar na Saúde Pública. **Rede Brasileira de Transdisciplinaridade.** Jun. 2000. Disponível em <http://www.redebrasileirade.transdisciplinaridade.net/file.php/1/Artigos_nacionais_e_internacionais_relevantes/Patrick_Paul_-_Visao_Transdisciplinar_na_Saude_Publica.doc>. Acesso em 15 jan. 2007.

Primera Cumbre Mundial de Armonización de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria, Lima, Perú, 2007. *Acta méd. peruana.* [online]. abr./jun. 2008, vol.25, no.2 [citado 03 Julio 2009], p.123-124.

QUEIROZ, M. S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública** v.16 n.2. Rio de Janeiro. Abr./jun. 2000.p.363-375.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. bras. educ. med.** vol.32 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008

SALLES, S. A. C.; SCHRAIBER, L .B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (1):195-202, jan, 2009

SALLES, S. A. C. **Homeopatia, Universidade e SUS: resistências e aproximações**. Aderaldo & Rothschild Editores/FAPESP. São Paulo, 2008 (a).

_____ A presença da homeopatia nas faculdades de medicina brasileiras; resultado de uma investigação exploratória. **Revista Brasileira de Educação médica**. Vol. 32, jul/set. Rio de Janeiro, 2008 (b).

_____ **A interface entre homeopatia e a biomedicina: o ponto de vista dos profissionais da saúde não homeopatas**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde pública). USP. São Paulo. 2006.

_____ **Perfil do médico homeopata**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), USP. São Paulo. 2001

SANTOS, N.R. Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações. Março 2008. **CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**. www.cebes.org.br. Acessado em 01 junho de 2008.

SAWNI, A., THOMAS, R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: a national survey. **BMC Complementary and Alternative Medicine** 2007, 7:18

SCHMIDT, K.M. et all; Multischool, International Survey of medical Students' Attitudes toward "Holism".**Academic Medicine**, v.80(10), October 2005, pp 955-963.

SCHNEIDER, C.D.; MEEK, P.M.; BELL, I.R. Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire. **BMC Med. Educ.**; 3:5, 2003 aug.28.

SERVAN-SCHEIBER, D. **Anticâncer**: Prevenir e vencer usando nossas defesas naturais. Tradução Rejane Janowitz. Ed. Objetiva, Rio de Janeiro, 2008.

SIGOLO, R. P. **Em busca da “ciencia médica”**: a medicina homeopática no início do século XX. 1999. Tese (Doutorado), UFPr, Curitiba, 1999.

SLEATH, B. et al. Arthritis patients' perceptions of rheumatologists' participatory decision-making style and communication about complementary and alternative medicine. **Arthritis Rheum**; 59(3):416-21, 2008 Mar 15.

SMITH, T.C. et al. Complementary and alternative medicine use among US Navy and Marine Corps personnel. **BMC Complement Altern Med**; 7:16, 2007. (USA)

SPADACIO, C. **Os sentidos das práticas terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Campinas. 2008.

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, fev. 2008

SOUZA, E.F.A.A.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, jun. 2009 .

SOUSA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Cienc. Saúde coletiva**, Dez 2005, v.1º, p.255-266.

STEINER, R. **Meditações e orientações para o aprofundamento da arte de curar**. Oito conferências proferidas em Dornach, Suíça, 1924. Tradução: Dra Gudrun Kroebel. Publicação privada. 1979.

STEINER, R., WEGMAN, I. **Elementos fundamentais para uma ampliação da arte de curar. Segundo os conhecimentos da Ciência Espiritual.** 2ªed.Editora Antroposófica Ltda, São Paulo, 2001.

TEIXEIRA, M.Z.; LIN,C.A.; MARTINS, M.A. O ensino da homeopatia e da acupuntura na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: atitudes dos acadêmicos. **São Paulo Med. J.** vol.123 nº.2, março. São Paulo, 2005.

TEIXEIRA, M.Z. Homeopatia: prática médica humanista (revisão). **Revista Assoc. Méd. Brasil;** 53(6): 547-549, 2007

_____. **Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico.** Revista Brasileira de educação médica; 31 (1): 15-20, jan.-abr. 2007

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade: O que uma coisa tem a ver com a outra? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, art. 0133/2006. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

TESSER, C. D., ALLEOTTI, A.C.J., BARROS, N.F. **Representações dos médicos generalistas da rede básica de Campinas/SP sobre as medicinas alternativas e complementares.** Relações dos médicos do PSF de um município de grande porte com as Medicinas e Alternativas e Complementares (MAC): um estudo exploratório. Pôster. Campinas, 2005.

TESSER, C. D. A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 1999, 219p.

_____. **Epistemologia contemporânea e saúde: a luta pela verdade e as práticas terapêuticas.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: DMPS/FCM/UNICAMP, 2004. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000317960>. Acessado em:23/01/07

_____. (org.) **Medicinas complementares: o que é necessário saber.** (Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura). Ed. UNESP

_____ Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucas exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009 .

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. **Medicalização social e Medicina alternativa e complementar**: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 42 (5): 914-920, out. 2008.

TOBAR, F. ;YALOU, M.R. **Como fazer tese em Saúde Pública**. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2004

VERDI, M. e CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva Bioética. **Texto Contexto Enferm**. 2005, jan.-mar.; 14(1); 82-8

WHORTON, J.C. A História da Medicina Complementar e Alternativa. In: JONAS, W.B.; LEVIN, J.S. **Tratado de Medicina Complementar e Alternativa**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 2001.

WAHREN, Carlos G. y DE CUNTO, Carmen L. Medicinas alternativas: un tema que no puede ser ignorado. *Arch. Argent. Pediatr*. [online]. mar./abr. 2004, vol.102, no.2 [citado 22 Julio 2009], p.85-87. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0325-0075.

ZHANG, X. Entrevista. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma realidade no SUS. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Publicação do Ministério da Saúde. Ano IX. Maio de 2008, pág. 4 – 7.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): 1690 -1699, nov. - dez, 2004.

APÊNDICE A: Ações legitimadoras das PIC

CRONOLOGIA DOS EVENTOS LEGITIMADORES DAS PIC

- 1978 - Conferência Internacional Alma-Ata, Saúde para todos até o ano 2000
- 1986 – 8ª. Conferência Nacional de Saúde
- 1988 – Instituição da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução CIPLAN nº. 05
- 1988 - Constituição Brasileira e criação do SUS.
- 1996 – 10ª. Conferência Nacional de Saúde.
- 1999 - Tabela SIA/SUS: inclusão de consultas homeopatia/acupuntura.
- 2002 - OMS: Estratégia sobre Medicina Tradicional/medicina Complementar para 2002-2005
- 2002 – 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.
- 2003 – 12ª Conferência Nacional de Saúde.
- 2003 – 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica: enfatiza acesso a medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.
- 2004 - Diagnóstico Nacional sobre Práticas Complementares no SUS.
- 2005 - Decreto presidencial 17/12/2005: grupo de trabalho para elaboração da política Nacional de plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- 2006- Portaria 971 de 06/maio/2006 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.
- 2006 - Decreto presidencial 5813/2006 – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- 2006 – Portaria nº. 1600, DE 17/07/2006 Constituição do observatório de práticas para a Medicina Antroposófica.
- 2006 - Portaria SAS/MS nº. 853, de 17/11/2006: Monitoramento e avaliação das PNPIC.
- 2007- Resolução CNS n.º 371 de 14 de junho de 2007. Institui a Comissão Intersectorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - CIPICSUS
- 2008 - Portaria Nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
- 2009 – Portaria Nº 84, de 25 de março de 2009. Serviço especializado 134 - SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS e sua classificação 001 – ACUPUNTURA

APÊNDICE B: Questionário



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA**

**PESQUISA: Medicinas e terapias complementares na visão
de médicos e enfermeiros da rede básica de Florianópolis.**

Pesquisador principal: Sônia de Castro S. Thiago

Pesquisador responsável: Charles Dalcanale Tesser

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. ULS: _____ 2. Sexo: _____

3. Idade: _____

4. Estado civil: _____

5. N.ºfilhos: _____

6 Graduação: () Medicina () Enfermagem

7 Ano graduação: _____ Local: _____

8. Especialização/ pós-graduação: _____

9. Sobre Medicina ou Terapias Integrativas ou complementares, o Sr(a) fez:

Disciplina optativa () Qual: _____

Disciplina obrigatória () Qual: _____

Cursos () Quais/qual: _____

Outro () Qual: _____

10. Locais em que trabalhou/trabalha e tempo em cada um:

QUESTÕES:

1. Sobre as medicinas alternativas e práticas complementares: (podem ser assinaladas várias alternativas se for o caso)

1. () são práticas e crenças relacionadas ao efeito placebo
2. () não têm validade científica
3. () somente deveriam ser usadas as comprovadas pela ciência
4. () são práticas terapêuticas complementares
5. () são importantes práticas de saúde independentes da biomedicina
6. () representam um entendimento mais amplo do processo saúde-doença
7. () representam um entendimento diferente do processo saúde-doença
8. () não tem opinião a respeito

02. Sobre a Política Nacional para Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS:

1. () não conhece
2. () somente ouviu falar
3. () conhece parcialmente
4. () conhece esta política
5. () conhece e debateu sobre a PNPIC

03. A PNPIC recomenda a inclusão de Homeopatia, Acupuntura/Medicina Chinesa, Fitoterapia/ plantas medicinais e termalismo social (uso de banhos termais e águas minerais) no SUS. O Sr(a):

1. () concorda plenamente
2. () concorda
3. () concorda com a inclusão de somente algumas destas práticas no SUS
4. () indeciso
5. () discorda
6. () discorda totalmente

04. Para o Sr(a) as Medicinas e práticas integrativas e complementares devem ser ofertadas em que níveis de atenção à saúde no SUS:

1. () em todos os níveis de atenção à saúde (incluindo o nível terciário: hospitalar, e serviços de urgência/emergência)

2. () na atenção primária e secundária
3. () na atenção secundária (como especialidades)
4. () na atenção primária (rede básica, Saúde da família)
5. () em nenhum nível
6. () não tenho opinião

05. Seu interesse por este tema é:

1. () Nenhum.
2. () Tem pouca curiosidade.
3. () Gostaria de conhecer mais a respeito.
4. () Gostaria de participar de uma capacitação nesta área.
5. () Gostaria de fazer uma especialização ou formação nesta área.

06. Nos cursos da área da saúde as Medicinas e Práticas Integrativas e Complementares devem ser abordadas como:

(podem ser assinaladas várias alternativas se for o caso)

1. () Não necessitam ser abordados.
2. () Como disciplina optativa.
3. () Como disciplina obrigatória.
4. () Curso de especialização.
5. () Abranger pesquisa, educação e extensão.

07. A sua Unidade Local de Saúde oferece alguma prática alternativa ou complementar?

1. () Não sei
2. () Não
3. () Sim

Quais _____

08. Há oferta de práticas alternativas na comunidade onde você trabalha?

1. () Não sei
2. () Não
3. () Sim

Quais _____

09. O interesse da comunidade onde Sr(a) trabalha pelas Medicinas alternativas e Práticas complementares é:

1. () indiferente
2. () pequeno
3. () moderado
4. () grande
5. () não sei

10. Você **conhece**, **faz uso** de ou **recomenda** alguma Medicina/prática complementar?

Escreva os números que graduem seu relacionamento com as Medicinas e práticas integrativas e complementares, preenchendo todos os campos do quadro. (Por favor, não coloque “X”):

- (1) nunca/ nada**
- (2) raramente/ um pouco**
- (3) eventualmente/ alguma coisa**
- (4) muitas vezes/ bastante**
- (5) sempre/ é sua área**

	Conhece	Usa para si	Usa p/ família	Recomenda/ Encaminha	Prescreve
Homeopatia					
Acupuntura					
Med. chinesa					
Med. Ayurvedica					
Med. Antroposófica					
Fitoterapia					
Ervas medicinais					
Práticas Corporais: Tai chi, yoga, biodança.					
Massagem					
Reiki					
Toque terapêutico					
Prática ou filosofia de cunho espiritual. (qual?)					
Outras (Quais?)					

11. Escreva alguma sugestão ou sua opinião sobre o tema, se desejar.

APÊNDICE C: Roteiro das entrevistas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA

PESQUISA: Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da rede básica de Florianópolis.

Pesquisador principal: Sônia de Castro S. Thiago

Pesquisador responsável: Charles Dalcanale Tesser

ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO: Dados pessoais: sexo, idade, estado civil, nº.filhos, profissão, local e ano de formação, cursos de especialização e pós-graduação, atividades profissionais.

1) Experiência pessoal (como chegou nas PIC, uso pessoal, contato anterior, contato no serviço)

2) Percepção sobre necessidade, interesse e importância da oferta das PIC pelo SUS

a. Percepção sobre aceitação dos pacientes e comunidade

3) Percepção das dificuldades e facilidades para a implantação das PIC na rede (APS).

b. Propostas e posições quanto à forma de implantação das PIC no SUS (APS / especialidade/ hospitais/ urgência-emergência.

4) Problema da legitimidade – oficialidade –cientificidade – regulamentação

c. Participação popular – conselhos de saúde

5) Conhecimento sobre a PNPIC e avaliação sobre a mesma.

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA

PESQUISA: Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da rede básica de Florianópolis.

Pesquisador principal: Sônia de Castro S. Thiago

Pesquisador responsável: Charles Dalcanale Tesser

N.º:

Data:

Hora:

Local:

Prezado participante,

Esta pesquisa tem por objetivo subsidiar a discussão sobre a presença das práticas e medicinas alternativas e complementares no SUS. Seu objetivo é investigar a percepção, o pensamento e a opinião dos profissionais da Saúde da Família sobre o tema, visando produzir subsídios para compreensão, discussão e implantação dessas práticas e terapias no SUS. É dirigido aos médicos e enfermeiros da rede básica de Florianópolis, que por sua experiência e ou conhecimentos desejem colaborar com esta pesquisa. São solicitados dados pessoais, de formação e de atuação profissional. Sob seu consentimento a entrevista será gravada para maior fidedignidade na transcrição das informações, cujos tópicos principais serão também anotados. A qualquer momento a entrevista poderá ser interrompida ou não ser gravada, se assim o solicitar. As informações serão utilizadas eticamente na realização da dissertação de Mestrado em Saúde Pública da UFSC e os resultados da pesquisa poderão ser publicados, garantindo o anonimato dos entrevistados.

Utilize os telefones abaixo para obter mais informações sobre a pesquisa e ou retirar seu consentimento a qualquer momento que desejar.

Se você se sente adequadamente esclarecido da natureza do propósito desta entrevista, peça que assine o Termo de Consentimento abaixo.

Atenciosamente,

Dra. Sônia de Castro S.Thiago

Fones: 3249 2101 e 9981 0140 - soniasthiago@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
considero-me suficientemente esclarecido, concordo em participar da
pesquisa acima descrita e me prontifico a responder a entrevista
proposta.

Assinatura: _____

APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA

PESQUISA: Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da rede básica de Florianópolis.

Pesquisador principal: Sônia de Castro S. Thiago

Pesquisador responsável: Charles Dalcanale Tesser

Prezado participante,

O questionário em anexo faz parte de uma pesquisa de opinião sobre as práticas e terapias ou medicinas alternativas e complementares no SUS. A pesquisa tem por objetivo investigar a percepção, o pensamento e a opinião dos profissionais da Saúde da Família sobre o tema, visando produzir subsídios para compreensão, discussão e implantação dessas práticas e terapias no SUS. É dirigido aos médicos e enfermeiros que integram as equipes de Saúde de Família de Florianópolis, e não é necessário identificar-se. Todas as informações serão mantidas em absoluto sigilo e utilizadas apenas para o fim da investigação, que integrará a dissertação de Mestrado em Saúde Pública da UFSC. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados, e você pode a qualquer momento cancelar sua participação. Para qualquer informação adicional sobre a pesquisa utilize os telefones abaixo.

Se você se sente adequadamente esclarecido (a) sobre a natureza desta pesquisa e concorda em participar dela, peço que assine o Termo de Consentimento abaixo.

Atenciosamente,

Data:

Dra. Sônia de Castro S.Thiago
Fone: 3249 2101 e 9981 0140
soniasthiago@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
considero-me suficientemente esclarecido, concordo em participar da
pesquisa acima descrita e me prontifico a responder o questionário.

Data:

Assinatura:

ANEXO A: Definições das PIC que constam na PNPIC

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A Medicina Tradicional Chinesa: caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes. Tem como fundamento, a teoria do Yin-Yang, Também inclui a teoria dos cinco movimentos. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (**acupuntura**, plantas medicinais, dietoterapia, **práticas corporais** e mentais).

Acupuntura: trata-se de um recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Pode ser usada de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos.

Homeopatia: A homeopatia é um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Utiliza como recurso diagnóstico a anamnese, o exame físico, a história de vida para o diagnóstico clínico, e faz uso da Matéria Médica Homeopática e do Repertório para o diagnóstico medicamentoso, como recurso terapêutico o Medicamento Homeopático, além das orientações para mudança de estilo de vida.

Plantas Medicinais e Fitoterapia: recurso terapêutico caracterizado pelo “uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas”. A abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social.

Planta medicinal: é uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (OMS, 2003). Chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal.

Fitoterapia: terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

Termalismo Social/ Crenoterapia: abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. O Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no SUS.

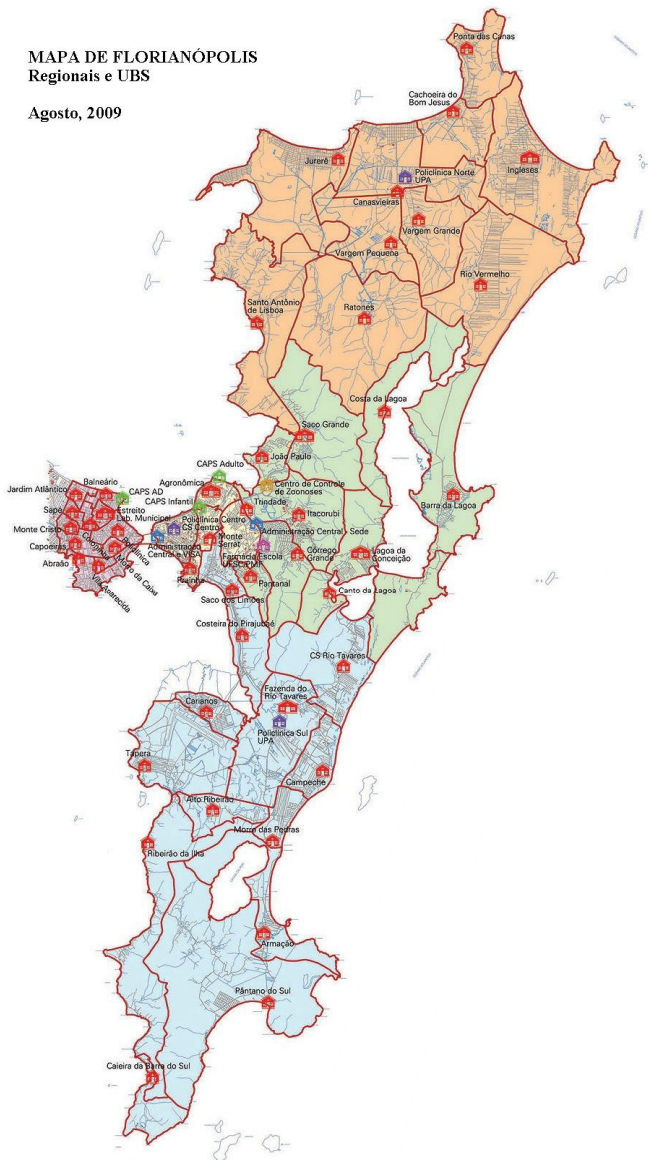
Medicina Antroposófica: A medicina antroposófica – MA – apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

Fonte: MS/DAB, http://dtr2004.saude.gov.br/dab/semi_praticas_integrativas.php
acesso em 25 de maio de 2008.

ANEXO B: Mapa de Florianópolis, SC

MAPA DE FLORIANÓPOLIS Regionais e UBS

Agosto, 2009



Mapa disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude>