



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CIÊNCIAS HUMANAS E  
POLÍTICAS PÚBLICAS

AMANDA FAQUETI

**Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção Primária à  
Saúde: Perspectiva de usuários em Florianópolis/SC**

FLORIANÓPOLIS/SC

2014



AMANDA FAQUETI

**Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Perspectiva de usuários em Florianópolis/SC**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração Ciências Humanas e Políticas Públicas, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva

**Orientador:** Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

FLORIANÓPOLIS/SC  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Faqueti, Amanda  
Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção  
Primária à Saúde : Perspectiva de usuários em  
Florianópolis/SC / Amanda Faqueti ; orientador, Charles  
Dalcanale Tesser - Florianópolis, SC, 2014.  
81 p.

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

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Medicinas Alternativas e  
Complementares. 3. Atenção primária à saúde. 4. Percepção de  
usuários. I. Tesser, Charles Dalcanale. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. III. Título.

**AMANDA FAQUETI**

**Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Perspectiva de usuários em Florianópolis/SC**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de "Mestre em Saúde Coletiva" e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, agosto de 2014.

---

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires  
Coordenador do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Charles Dalcanale Tesser/ Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Islandia Maria Carvalho de Sousa/Membro externo  
Fundação Oswaldo Cruz /FIOCRUZ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marta Inez Machado Verdi/Membro Titular  
Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC

---

Dr. Paulo Poli Neto/Membro Titular  
Universidade Federal do Paraná/ UFPR

---

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires/ Suplente  
Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC



## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por ser minha fonte de espiritualidade e inspiração nessa caminhada de construção pessoal e profissional.

Ao meu orientador Charles Dalcanale Tesser pelas contribuições autênticas, pela presença, confiança e por estimular a minha autonomia e capacidade de escrita.

As amigas que cultivei no mestrado e que compartilharam dúvidas, inseguranças descobertas e alegrias: Ana Maria, Elyana, Deise, e Luana.

A Pâmela pela força de vontade em me auxiliar na coleta de dados. Ao Ari pelo apoio institucional junto a Prefeitura Municipal de Florianópolis e pelo incentivo no trabalho acadêmico.

A Maiara por ser amiga leal, pelo afeto, alegria e por compartilhar os momentos mais felizes e mais tristes, além de ser minha veterana, mestre em psicologia e uma ótima professora.

As equipes dos centros de saúde pela disponibilidade, receptividade, acolhida e colaboração na coleta de dados.

Aos usuários pela generosidade, disponibilidade de tempo e paciência no compartilhamento de suas experiências com as medicinas alternativas.

Ao meu grupo de biodança pela afetividade, acolhimento, amorosidade, especialmente a Dalila por me iluminar com sua beleza e doçura, facilitando muito a minha vida.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e a Capes, por ter proporcionado o apoio financeiro por meio da bolsa de estudos.

Finalmente a todo o meu tesouro, meu pai Enir por ser exemplo de determinação, disciplina e humildade, minha mãe Marouva por me encorajar, por compartilhar sonhos e pelo incentivo a pro atividade, minha irmã Alini pela parceria, pelas diferenças e semelhanças que me auxiliam a ver as coisas de outra perspectiva, e pelo seu entusiasmo e capricho em tudo o que faz. Gratidão pelo amor, por serem meus guias, que me dão asas para voar e um lar para voltar.





## RESUMO

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) são cada vez mais utilizadas mundialmente. No Brasil, o Sistema Único de Saúde, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, preconiza a inserção e o fortalecimento dessas práticas, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). O município de Florianópolis- SC foi pioneiro no desenvolvimento de um método de implantação de MAC na APS de forma integrada à Estratégia de Saúde da Família. Tal processo de implantação está em andamento desde 2010 e é realizado por meio de gestão participativa entre profissionais e gestores. Diante deste cenário, objetivou-se investigar as percepções dos usuários sobre suas experiências com MAC nos serviços de APS de Florianópolis. Realizaram-se vinte entrevistas com usuários de MAC, encontrados nas salas de espera antes ou após os atendimentos em centros de saúde selecionados. Os resultados mostraram que as MAC são bem avaliadas na perspectiva dos participantes. Segundo eles, as mesmas auxiliaram em seus problemas de saúde, além de proporcionarem outros efeitos benéficos, em alguns casos, como melhora do sono e diminuição das preocupações. O acesso às MAC depende, na maioria das vezes, da sua oferta pela equipe de saúde da família. Os entrevistados relataram que as terapias são utilizadas de forma alternativa ou complementar ao tratamento convencional, conforme recomendação do profissional. Observou-se comum preferência dos participantes na utilização de tratamentos considerados naturais, anteriormente ao farmacológico. Isso suscita a hipótese de que as MAC podem ser utilizadas como recursos terapêuticos de primeira escolha, nos casos de menor gravidade, e quando há acordo entre usuários e provedores. Sugere-se que o tratamento medicamentoso ocorra após a tentativa inicial com MAC, ou de maneira complementar, nas situações com maior gravidade, considerando a adequação cultural e tecnológica. Os participantes referiram haver diálogo e negociação com os profissionais o que é facilitado e demandado pela diversidade terapêutica das MAC. Esses achados são de grande relevância na APS, dada à necessidade de ampliação da escuta, de aprimoramento e horizontalização da relação equipe-usuários.

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina Integrativa. Terapias Complementares. Atenção Primária à saúde. Sistema Único de Saúde.



## **ABSTRACT**

The Complementary and Alternative Medicines (CAM) are increasingly used worldwide. In Brazil, the National Health System, by the National Policy on Integrative and Complementary Practices, recommends the inclusion and strengthening these practices, especially in Primary Health Care (PHC). Florianópolis city - SC has pioneered the development of a method of implementation of the MAC APS seamlessly to the Family Health Strategy. This deployment process has been ongoing since 2010 and is conducted by management coparticipative between professionals and managers. Against this background, we aimed to investigate the perceptions of users about their experiences with the MAC APS Florianópolis services. There were twenty interviews with MAC users, found in waiting rooms before or after the sessions in selected health centers. The results showed that the MAC are well assessed from the perspective of participants. According to them, they helped in their health problems, in addition to providing beneficial side effects, in some cases, such as improved sleep and decreased concerns. Access the MAC depends mostly of your offer by the family health team. Respondents reported that the therapies are used in alternative or complementary way to conventional treatment, as recommended by the professional. We observed a common preference of the participants in the use of natural treatments considered, prior to pharmacological. This raises the hypothesis that CAM can be used as therapeutic resources of choice, in less serious cases, and when there is agreement between users and providers. It is suggested that drug treatment occurring after the initial attempt with MAC, or a complementary way, in situations with greater severity, considering the cultural and technological adaptation. Participants reported having dialogue and negotiation with providers, which is facilitated by the defendant and diversity of CAM therapy. These findings are of great relevance in the APS, given the need for expansion of listening, enhancement and flattening of the relation-staff members.

**KEY-WORDS:** Integrative Medicine. Complementary Therapies. Primary health care. Unified Health System



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APS – Atenção Primária à Saúde  
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CPIC – Comissão de Práticas Integrativas e Complementares  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
MT – Medicina Tradicional  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
MAC – Medicinas Alternativas e Complementares  
PNAB – Política nacional de Atenção Básica  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SC – Santa Catarina  
SMS- Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
<b>3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL.....</b>	<b>21</b>
3.1 Medicinas Alternativas e Complementares (MAC).....	21
3.2 Fatores que influenciaram o (re) surgimento das MAC.....	22
3.3 MAC no Brasil.....	26
3.4 Atenção Primária à Saúde e afinidades com as MAC.....	27
3.5 O princípio da integralidade e as MAC.....	30
3.6 MAC no SUS de Florianópolis.....	31
3.7 Usuários, experiências, percepções, satisfação.....	33
3.8 Estudos com Usuários de MAC.....	34
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>38</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
Artigo- Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários..	46
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>78</b>
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista semiestruturada.....	81





## 1. INTRODUÇÃO

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) e/ou Medicinas Tradicionais (MT), denominação dada quando as MAC estão incorporadas à cultura de um povo em alguma região ou país, incluem diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde que não se enquadram na medicina convencional (NCCAM, 2011). Este vasto campo de saberes compõe um arcabouço heterogêneo de formas de atenção e cuidado à saúde, incluindo desde práticas físicas como *yoga* ou energéticas como o *reiki*, práticas autônomas disseminadas na população como o uso de plantas medicinais, até sistemas médicos complexos como a medicina tradicional chinesa e a homeopatia (LUZ, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações e incentivo à inserção das MAC na atenção à saúde desde a Conferência de Alma Ata em 1978. Sua utilização e expansão no mundo são evidenciadas principalmente nas últimas décadas tanto em países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos (WHO, 2011). O reconhecimento e a popularidade dessas formas de cuidado à saúde já foram evidenciados em diversos trabalhos nacionais e internacionais (NOGALES-GAETE, 2004; MONTEIRO, IRIART, 2007; SPADACIO et al, 2010; SALLES, AYRES, 2013).

Além das recomendações da OMS, as MAC têm avançado nos últimos anos em função de vários motivos. A crise na biomedicina evidenciou as principais limitações do modelo biomédico com relação à complexidade dos fatores que influenciam o processo saúde e doença e frente às distintas culturas, abrindo espaço para o avanço de outras racionalidades médicas (SOUZA, LUZ 2009). Cabe destaque também aos méritos próprios das MAC, como o estímulo de reequilíbrio e autocura do paciente (JONAS; LEVIN, 2001); o maior vínculo afetivo e melhor relacionamento criado entre o terapeuta e o doente (SALLES, AYRES 2013); e o aumento da autonomia dos usuários (TESSER; BARROS, 2008).

No Brasil, essas práticas (MAC) em saúde foram paulatinamente inseridas no sistema público de saúde, a partir da década de 1980. Sua maior presença institucional, ainda que discursivamente, deu-se conjuntamente com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) na VIII Conferência Nacional de Saúde, que deliberou pela introdução de práticas alternativas e complementares em saúde como forma de possibilitar ao usuário a autonomia de escolha terapêutica.

Somente em 2006, foi editada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006b), que define como Práticas Integrativas e Complementares (PIC) diversos sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos com a finalidade de “estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento de vínculos e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2006b). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) incentiva a inserção e o fortalecimento das práticas de homeopatia, medicina tradicional chinesa (acupuntura), medicina antroposófica (como observatório das experiências à época), plantas medicinais (fitoterapia), termalismo e crenoterapia, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS representa a porta de entrada principal do SUS e tem como finalidades o cuidado comunitário aos adoecimentos, a prevenção de agravos, a promoção da saúde e o estímulo a autonomia dos usuários, construindo uma atenção integral aos indivíduos. Percebe-se que tais preceitos estão de acordo com a PNPIC, porém as afinidades entre as MAC e a APS parecem não ter sido reconhecidas e exploradas extensivamente, talvez principalmente devido às diferenças epistemológicas do cuidado baseado na biomedicina (ou outras profissões da saúde) e outras racionalidades médicas. O modelo de atenção que embasa o ensino dos profissionais da APS é a biomedicina, diferentemente de outras racionalidades médicas (LUZ, 2000) pertencentes ao campo das MAC. Porém, são encontrados preceitos semelhantes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na PNPIC, principalmente, nos aspectos de prevenção de agravos, manutenção e promoção da saúde, maior resolubilidade no cuidado aos adoecimentos, valorização dos vínculos e aumento da autonomia.

Neste contexto, destaca-se a experiência de Florianópolis- SC, que já havia realizado desde a década de 1980 alguns movimentos de introdução das MAC no SUS; entretanto os atendimentos com acupuntura e homeopatia até o ano de 2009 estavam ocorrendo de forma isolada em duas policlínicas. A institucionalização mais ampla das MAC iniciou-se por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em 2010, com a formação da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC) na SMS. A CPIC normatizou a inserção das MAC na APS e desenvolveu um processo de implantação dessas práticas.

O método proposto pela CPIC envolveu sensibilização das equipes de trabalho nos centros de saúde, capacitações oferecidas aos profissionais interessados e apoio aos já capacitados. Tais atividades encontram-se em andamento, e vem gerando um conjunto de profissionais treinados, que passam a ofertar e produzir um maior número de atendimentos envolvendo MAC (SANTOS; TESSER, 2012). Como se pode verificar, a implantação das MAC na APS de Florianópolis é recente. Dentro deste contexto, percebe-se a necessidade de se compreender a percepção dos usuários sobre a oferta dessas práticas no âmbito da APS no município.

De acordo com a Portaria 4279/2010, que estabeleceu as diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, é atributo de todas as RAS direcionarem a oferta de serviços segundo as necessidades e preferências dos usuários, de modo que possam ilustrar na prática o atendimento com melhor qualidade, efetividade, e que tragam satisfação aos usuários. Assim, justifica-se conhecer a visão dos usuários a respeito da oferta destes serviços que envolvem MAC para o aprimoramento do atendimento na APS (BRASIL, 2010a).

Além da relevância social do tema, dada valorização contemporânea recente das MAC no mundo e no país, este trabalho também se justifica pela escassez de pesquisas que propõem compreender a percepção de usuários de MAC da APS dentro de uma perspectiva em que o profissional que presta o atendimento com MAC é o mesmo responsável pelos cuidados gerais do usuário, no âmbito do modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), adotado pelo município, com cobertura de mais de 90% da população. Diferente da perspectiva de outros trabalhos, que investigam usuários de MAC dentro de um contexto de atendimentos especializados, como ocorre com alguns médicos homeopatas ou acupunturistas, que atendem em centros de saúde.

Por meio dessa perspectiva, pretendeu-se na pesquisa responder as seguintes perguntas norteadoras: Qual a percepção de usuários sobre a oferta das MAC na APS a partir de suas experiências com o tratamento? Como chegaram a esses tratamentos e como se relacionaram com eles? O que pensam sobre sua oferta na APS?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a percepção de usuários de MAC da APS sobre suas experiências com essas práticas em centros de saúde de Florianópolis-SC.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar as MAC mais utilizadas dentro e fora dos centros de saúde;
- b) Analisar a visão de usuários sobre sua relação com as MAC, envolvendo o acesso a elas, motivos de procura, efetividade sentida e diferenças para com o tratamento convencional;
- c) Analisar a perspectiva de usuários a respeito da complementaridade e alternatividade das MAC;
- d) Analisar a percepção dos usuários sobre a forma de oferta das MAC integrada aos cuidados realizados pelas equipes de saúde da família.

### 3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL

#### 3.1 Medicinas Alternativas e Complementares (MAC)

As Medicinas Alternativas e Complementares compõem um campo complexo e variado de saberes e formas de atenção à saúde. Tal campo vincula diversas formas de tratamentos, algumas com filosofias orientais, práticas físicas, populares e religiosas. Em virtude da heterogeneidade de diversas cosmologias subjacentes e princípios terapêuticos relacionados, essas práticas constituem um grande desafio de classificação e definição conceitual (ANDRADE, 2010).

A maior instituição norte-americana de pesquisa sobre MAC propõe uma organização para classificação das práticas não convencionais de tratamento da seguinte forma: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, etc); intervenções que envolvam mente e corpo (práticas meditativas ou de oração); terapias biológicas, quando se utiliza produtos naturais que não possuem comprovação científica; métodos de manipulação corporal ou baseados no corpo (massagens e exercícios); e terapias energéticas como o *reiki* e o *ch'i gong* (NCCAM, 2011).

As MAC podem ser utilizadas concomitantemente à biomedicina, sendo reconhecidas como complementares. Quando essas substituem um tratamento convencional são denominadas práticas alternativas de tratamento. Também podem ser chamadas de integrativas quando essas possuírem comprovação científica de segurança, eficácia e forem utilizadas de forma complementar (NCCAM, 2011).

O conjunto de práticas de cuidado à saúde, reunidas sob o rótulo de MAC é abrangente e possui grande heterogeneidade (TESSER, 2009). No Brasil, ao reconhecer que esta denominação engloba práticas de tratamento muito distintas, Luz (2000) categorizou as formas de tratamento em um esquema analítico, produzindo uma matriz de análise, a qual denominou de “racionalidade médica”.

As racionalidades médicas são compostas por cinco dimensões: morfologia (anatomia na biomedicina), dinâmica vital (fisiologia), sistema de diagnose, sistema terapêutico e uma doutrina médica própria (explicações sobre o adoecimento e a cura), permeadas por um sexta dimensão subjacente que é uma cosmologia ou cosmovisão. Aplicando-se tais critérios em estudos sobre práticas de cura, foi possível uma diferenciação entre sistemas médicos complexos como a homeopatia, biomedicina, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica

(consideradas racionalidades médicas) e outras terapias ou práticas de menor complexidade, como florais de Bach e a iridologia, que não contemplam as seis dimensões. Dessa forma, as MAC/MT compõem um conjunto de racionalidades médicas e práticas terapêuticas e de cuidado à saúde (LUZ, 2000; TESSER, 2009).

O cuidado preconizado pelas MAC ressalta a importância na relação entre profissional e usuário, considerando cada pessoa dentro de suas particularidades emocionais e sociais, o que determina tratamentos diferenciados inclusive para pessoas diagnosticadas com o mesmo problema de saúde (OMS, 2002). O reconhecimento e aceitação das MAC vêm ganhando espaço no campo popular e em parte do campo científico, principalmente pelo estímulo do potencial de reequilíbrio e cura do próprio paciente (JONAS; LEVIN, 2001). Portanto, o seu uso possibilita novas alternativas aos usuários, uma vez que tais práticas consideram o sujeito como um todo, levando em consideração os aspectos físicos, mentais e emocionais.

A OMS faz recomendações da utilização de práticas terapêuticas alternativas, aliadas à medicina convencional, desde 1976, formalizando e preconizando, em 1978, na Conferência de Alma-Ata a incorporação das MAC/MT nos sistemas de saúde (OPAS, 1978). Ressalta-se a relevância das MAC na Atenção Primária à saúde. Nos países em desenvolvimento como África, Ásia e América Latina 70% a 95% da população utiliza algum tratamento com MAC, sendo utilizadas com igual importância em países desenvolvidos como Alemanha, França, Canadá e Itália (WHO, 2011).

Diversos estudos foram realizados, principalmente na última década com o intuito de discutir a utilização das MAC e evidenciar seu crescimento e aceitação por profissionais da saúde e usuários (NOGALES-GAETE, 2004; HILL, 2003; EASTWOOD, 2000; LUFF, 2000, ASTIN, 1998). Apesar da grande popularidade dessas práticas, autores como Sayd (1999) e Hill (2003) propõem a utilização das MAC de forma complementar a biomedicina, já que as mesmas não conseguiriam resolver todos os processos de adoecimento.

### **3.2 Fatores que influenciaram o (re) surgimento das MAC**

Madel Luz abordou com enfoque sociológico e histórico as MAC no Brasil dentro da Saúde coletiva. Luz (2005) sugere que o surgimento de novas formas de atenção à saúde estão relacionadas primeiramente à crise de origem sanitária à qual denominou como “crise

na saúde”. A crise na saúde reflete um conjunto de episódios marcados por desigualdades sociais decorrentes do avanço do capitalismo, e da globalização, processo que dominou grande parte do planeta. Os hábitos de vida regulados por necessidades capitalistas, principalmente nas grandes cidades, e a exigência da força de trabalho repercutiram na saúde física e mental das pessoas e geraram uma síndrome coletiva de mal estar que causaria inúmeras doenças e dores difusas. Esse mal-estar coletivo pode ser interpretado como um fenômeno de caráter sanitário e cultural (LUZ, 2005).

Além da crise da saúde, a “crise da medicina” foi designada por (LUZ, 2005) como outro quadro de mudanças que se distingue da crise da saúde, mas não perde a conexão com fatores socioeconômicos e culturais. Nela estão inclusos: a deterioração da relação médico-paciente, objetivação dos cuidados e a mercantilização dos tratamentos, relacionados ao plano ético do atendimento médico; perda da arte de curar por conta da focalização terapêutica na diagnose; o modelo médico voltado para a atenção hospitalar em detrimento da atenção primária à saúde. Esses são alguns dos principais fatores que afastaram o curador da medicina contemporânea, do ser humano, sofredor, doente, fazendo deste um objeto de investigação (LUZ, 2005).

A dominação tecnológica e cultural na área da medicina e saúde transforma o cuidado à saúde em cuidado médico, experiências dolorosas de vida e sofrimentos criam a necessidade de um diagnóstico e, a partir deste, intervenções agressivas e invasivas são realizadas. Os distúrbios ocasionados por altos e baixos da vida não se distinguem das doenças, assim problemas não médicos passam a ser entendidos como médicos. Tais transformações são envolvidas no fenômeno complexo da medicalização social (CONRAD, 2007).

A medicalização está atrelada à medicina moderna. De acordo com Illich (1981), os procedimentos tecnológicos utilizados pela medicina podem se tornar prejudiciais à saúde e causarem iatrogenia clínica. A profissionalização do cuidado, os diagnósticos e as formas legitimadas de cuidado tem o potencial de transformar a cultura e diminuir a autonomia dos pacientes e cuidadores para a resolução de problemas simples de saúde, causando aumento da demanda ao SUS (LUZ, 2005).

Neste contexto, as MAC podem ser consideradas práticas de cuidado que ampliam a clínica dos profissionais, auxiliando na promoção da saúde, e apresentando riscos relativamente baixos; características essas que favorecem sua inserção no SUS e na APS,

enriquecendo o ato interpretativo e terapêutico ali realizado (TESSER, BARROS 2008).

Outros autores propõem alternativas para a superação da crise na medicina e na saúde por meio do estímulo da autonomia dos pacientes de forma crítica e construtiva, resgatando valores como a democracia entre médico-paciente. Desta forma, a biomedicina passaria a favorecer os sentimentos e princípios do paciente, de sua família, e dos profissionais de saúde envolvidos na arte de curar, propiciando tomadas de decisão menos centralizadoras, fomentando a humanização (SOARES, CAMARGO JR 2007).

Além da dupla crise, outros fatores denominados macroculturais fomentaram o crescimento do uso de novas práticas terapêuticas, como o movimento de orientalização do ocidente (SOUZA, LUZ 2009). Esta expressão foi elaborada por Campbel (1997) e se refere a uma forma bastante abrangente e profunda da mudança cultural, vivenciada não somente com a adoção de produtos de consumo e práticas meditativas orientais, mas por meio de mudanças na teodiceia ocidental: as populações ocidentais passam progressivamente ou significativamente a substituir o paradigma que considerava Deus como entidade superior e separada dos seres humanos pela ideia do divino que está presente no homem e na natureza. Tais mudanças ocorrem principalmente a partir da década de 1970 e do movimento conhecido como contracultura.

A cultura concede às pessoas uma visão de mundo compartilhada que orienta formas de cuidado e atitudes perante a saúde e a doença contida nos costumes sociais. Os pacientes trazem diversas crenças de saúde, doença e terapêutica que são singulares à sua experiência, e também refletem seu pertencimento a uma determinada classe social, grupo étnico, religião e região a que pertencem. Assim a cultura das pessoas está relacionada a um contexto social (LANGDON; WIIK, 2010). Aderir à hipótese de que as formas de atenção à saúde fazem parte de um sistema cultural auxilia a entender a busca de diversos grupos por terapias não biomédicas, como médico-religioso e medicina popular. Todo o sistema cultural adota um modo de pensar, criar significados, percepções e entendimentos sobre saúde e doença. Desta forma, são fatores determinantes para a escolha ou repulsão de determinado tratamento alternativo, entre outros: as concepções religiosas, condições familiares e contexto social dos pacientes (LANGDON; WIIK, 2010).

Segundo Tesser e Barros (2008), uma construção cultural inicialmente alternativa se intensifica a partir da década de sessenta



quando o conhecimento e prática biomédica começam a ser relativizadas, principalmente devido às tecnologias duras desse cuidado criarem barreiras entre terapeuta e paciente. Ao romper ou dificultar a relação milenar de cuidado entre curador e paciente, perde-se ou enfraquece-se o padrão de significados incorporados em símbolos que perpassam a história. O conjunto de símbolos que sustenta uma cultura das medicinas alternativas e complementares dá sentido a novas formulações que reaproximam o terapeuta do sofrimento do paciente. Interferindo nessa relação, as práticas não biomédicas podem mais facilmente re-humanizar o sofrimento dos doentes e ampliar a percepção de saúde e doença.

Doutra parte, nas sociedades contemporâneas, há um amplo espectro de grupos sociais das mais distintas etnias e classes sociais que utilizam diversos tipos de cuidado, não só para diferentes doenças, mas muitas vezes para um mesmo problema de saúde (MENÉNDEZ, 2003).

Menéndez (2003) considera que no contexto latino-americano, independente das condições socioeconômicas e religiosas das diferentes regiões, a população pode utilizar concomitantemente as seguintes formas de cuidado: a medicina convencional, homeopatia e psicoterapia; práticas populares por meio de curandeiros, sacerdotes, etc; novas religiões e alternativas bioenergéticas; medicinas tradicionais provenientes de outras culturas como Medicina Tradicional Chinesa; e terapias de autoajuda. Tais práticas não são usadas exclusivamente e sim interrelacionadas. Os usuários utilizam plantas medicinais, acupuntura, curandeiros e práticas biomédicas de forma sincrética na maioria das vezes, ora associadas, ora uma precedendo a outra, ora uma como alternativa à outra. Essa mistura permite maior autonomia do indivíduo, estimula o autocuidado e muitas vezes esse conjunto de práticas é mais eficaz do que a utilização de apenas uma forma de atenção à saúde (MENÉNDEZ, 2003). Helmann (2009) reforça tais preceitos ao enfatizar que as pessoas vivem em contextos culturais que estão imersos em um pluralismo terapêutico ou por diferentes formas de cuidado à saúde.

A institucionalização das MAC remete à valorização da eficácia baseada na tradição sociocultural e na necessidade de reconhecimento institucional do pluralismo terapêutico presente na sociedade e nos usuários, tanto do SUS como de serviços privados. Ressalta-se, assim, a importância da associação das práticas biomédicas e das terapias alternativas e complementares, possibilitando a pluralidade terapêutica e

promovendo o cuidado em qualquer nível de atenção, favorecendo a complementaridade (ANDRADE, DA COSTA 2010).

### **3.3 MAC no Brasil**

No Brasil, o uso de diversos tipos de terapias complementares, como a utilização de plantas medicinais, faz parte da cultura popular dos brasileiros (DI STASI, 2007). A incorporação gradual dessas práticas no sistema de saúde brasileiro iniciou sua legitimação e institucionalização a partir da década de 80. Principalmente, após a descentralização, aumento da autonomia dos municípios e participação popular, promovidos pelo SUS (BRASIL, 2006b).

O marco Histórico que propiciou a deliberação da introdução das práticas alternativas de assistência à saúde, democratizando a escolha terapêutica como direito do usuário, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 (MS, 1986; QUEIROZ, 2000). Dois anos depois, em 1988, a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) fixou diretrizes para o atendimento com as práticas de Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (BRASIL, 2006b). A década de 1990 foi marcada pelos estudos de Madel Luz, líder do Grupo de Pesquisa CNPq-Racionalidades Médicas, os quais trouxeram importantes contribuições antropológicas, sociológicas e históricas a respeito das MAC (TESSER; LUZ, 2008; LUZ, 2005).

A produção do primeiro diagnóstico nacional de oferta de terapias complementares no SUS ocorreu no ano de 2003, bem como a construção de grupos de trabalho multidisciplinar para estudar a incorporação destas práticas no SUS (BRASIL, 2006b). Entretanto, apenas em 2006 é que a Portaria 971, que aborda a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi aprovada (BRASIL, 2006d). Esta incentiva a oferta das práticas de Acupuntura/ Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Fitoterapia/ Plantas medicinais e o Termalismo Social / crenoterapia no SUS (BRASIL, 2006b, Anexo B: definições destas práticas conforme documento da portaria 971). Tais práticas corroboram as orientações da OMS, quando enfocam a melhoria dos serviços, aumento da resolutividade e a atuação em nível preventivo e curativo das práticas supracitadas, disponibilizando ao usuário uma opção terapêutica integrativa e complementar.

A Política objetiva incentivar a institucionalização de programas, projetos e ações que visem à promoção da qualidade de vida dos usuários; estimulando a participação social responsável e integrada entre profissionais, gestores e usuários. Possui como uma de suas diretrizes a divulgação dos conhecimentos de MAC, utilizando metodologias participativas onde o saber popular e tradicional da região seja considerado, além de corresponder aos princípios de universalidade equidade e integralidade preconizados pelo SUS (BRASIL, 2006b).

Percebe-se que diversos preceitos e diretrizes da PNPIC são direcionados aos usuários, no sentido de: democratizar as opções terapêuticas; trazer participação popular e empoderamento; melhorar a relação médico-paciente; proporcionar melhor qualidade de vida; promover saúde; e prevenir agravos de doenças. Tais ações convergem com outras Políticas Públicas como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006c).

### **3.4 Atenção Primária à Saúde e afinidades com as MAC**

A formação do Sistema Único de Saúde possui como grandes marcos históricos o Movimento de Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, resultando esta última em um relatório que serviu de referência para a elaboração da Constituição Federal de 1988. Essa estabeleceu em carta oficial dentre outras disposições “a saúde como um direito de todos e dever do Estado”, culminando no SUS, regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que propõe a organização dos serviços em níveis de complexidade crescente, passando pela atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Atenção Básica define seus princípios e diretrizes voltados para a Atenção Básica e considera este termo equivalente à Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2006a). No presente trabalho, optou-se por utilizar o termo Atenção Primária à Saúde por este ser reconhecido na literatura internacional.

A APS constitui um conjunto de ações em saúde voltadas para atendimento individual e ou coletivo, com finalidade de: diagnosticar, prevenir agravos, manter e promover a saúde, reduzir danos, propiciar tratamento e reabilitação dos usuários do SUS, impactando na atenção

integral, aumentando a autonomia dos indivíduos, influenciando nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A estrutura da APS é criada para suprir as necessidades de saúde que afligem rotineiramente uma comunidade, representando a porta de entrada, o acesso preferencial dos usuários ao serviço de saúde. Possui como princípios o acesso equânime e universal a criação de vínculos e a continuidade do cuidado, considerando o sujeito em sua singularidade dentro de seu contexto sociocultural, objetivando o cuidado integral (BRASIL, 2011).

Destaca-se que não somente no Brasil, mas no contexto europeu, assim como em outros países como o Canadá, o fortalecimento e estruturação da APS adquirem função de instância coordenadora dos sistemas de saúde, funcionando como principal porta de entrada e concretizando a função de filtro (GÉRVAS, 2005) do sistema. Além disso, a estratégia da APS é considerada efetiva, sustentável e economicamente viável para oferta equânime de cuidados clínico-sanitários a toda a população (OPAS 1995; STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS lançou seus primeiros mecanismos de ampliação e reorganização, em 1991, com a Criação do Programa de Agentes Comunitários, seguido pelo Programa de Saúde da Família em 1993, sendo esse último configurado desde 2006 como Estratégia de Saúde da Família (ESF). A proposta serviu para reforçar a ideia de fortalecer o acesso do serviço público a todas as pessoas, afirmando o princípio da universalidade, a criação do vínculo, a continuidade do cuidado, descentralização e integralidade da atenção (BRASIL, 2006a).

Com a estruturação da ESF, houve uma expansão do acesso aos serviços da APS, o que gerou uma demanda de serviços para outros níveis de atenção que não possuem dimensão para comportar o número de atendimentos (TESSER; SOUSA, 2012). Apesar da ESF ter trazido uma reorientação para o modelo de atenção da APS, há certa divergência entre o que se objetiva com o modelo proposto e o que ocorre na prática (SOUSA, 2013). Um dos entraves para o desenvolvimento de uma APS forte, que vá além de regulamentações jurídicas, é o referencial epistemológico do cuidado, que continua a embasar a medicina convencional ou biomedicina (CAMARGO JR., 2003). Dentre os vários problemas criticados e apontados no cuidado biomédico, podem-se citar os custos exponenciais desse cuidado (para cuja contenção a APS forte é uma estratégia sabidamente efetiva, ainda que parcialmente), problemas na relação profissionais-usuários

(CAPRARA, 2004); exclusão indevida de aspectos psicossociais e espirituais do cuidado (VASCONCELOS, 2006), desvalorização do efeito placebo e do efeito nocebo, tendência medicalizadora e a significativa iatrogenia do cuidado médico (TESSER, 2010), inclusive preventivo.

As ações em saúde promovidas pela APS e na ESF se filiam, no geral, à perspectiva biomédica. Devido à grande influência da prática médica das especialidades focais (focadas em aparelhos ou sistemas orgânicos) e hospitalares na formação médica brasileira, e ao precário desenvolvimento acadêmico, profissional e social da medicina de família e comunidade, há nas práticas de cuidado da APS uma centralidade excessiva na investigação de doenças por meio de exames complementares e encaminhamentos a especialidades (sobrecarregando os outros níveis de atenção). Também, os tratamentos nesta medicina tendem a ser centrados em medicamentos e há uma tendência, pelos mesmos fatores acima mencionados, à normatização do estilo de vida vinculada a prescrição de hábitos saudáveis, com pouca singularização das recomendações (SOUZA, 2013).

Percebe-se que os componentes teóricos que embasam o cuidado biomédico precisam ser repensados para que se possam alcançar os ideais preconizados pela PNAB, tais como: a criação de vínculos, o incentivo a autonomia do paciente e o cuidado integral pautado na singularidade dos indivíduos no seu contexto sociocultural e na promoção da saúde. Destaca-se, como hipótese subjacente ao movimento de revalorização e fomento a inserção das MAC na APS/ESF (a qual, todavia, não será objeto deste trabalho), que as MAC podem significar uma forma de flexibilização e humanização da atenção promovida pela biomedicina, no sentido de incentivar o potencial dos profissionais na arte de curar (SOUZA, LUZ 2009), estimular o potencial de reequilíbrio e cura do próprio paciente (JONAS; LEVIN, 2001), aprimorar o vínculo por meio da ampliação da escuta (SALLES, AYRES 2013), propiciar maior autonomia ao paciente (TESSER; BARROS, 2008), pluralizar os recursos terapêuticos e potencializar o princípio da integralidade por meio de práticas que ampliem o olhar do profissional para o doente e não somente para a doença. Além disso, é ainda atribuído às MAC um potencial de redução de danos (TESSER; BARROS, 2008) ou, em outras palavras, de contribuição para prática de prevenção quaternária (NORMAN; TESSER, 2009), muito importantes na APS.

### 3.5 O princípio da integralidade e as MAC

O termo integralidade é designado como um dos princípios norteadores do SUS. Um dos seus significados principais e primeiros é a integração de ações curativas, preventivas e promocionais, incluindo o indivíduo e as coletividades. Porém, seu significado se ampliou, agregando outros sentidos, gerando uma polissemia de saberes relacionada à integralidade. Esse princípio desperta a necessidade de uma atitude profissional com abordagem integral e multidimensional perante o paciente. Na concepção dos usuários, a integralidade é importante, porém relativa, mais específica no sentido do pacto de cura entre o profissional e o usuário, esperando um compartilhamento simbólico e acolhimento emocional (TESSER, LUZ 2008).

Diversos fatores conectam e aproximam a ideia de integralidade das racionalidades médicas vitalistas e tradicionais, por essas possibilitarem uma abordagem integradora do ser, envolvendo a busca pela saúde de forma ampliada, as condições emocionais, mentais e físicas, bem como a relação do ser humano com a sociedade (ANDRADE, DA COSTA 2010; SOUSA, VEIRA 2005).

Algumas MAC, principalmente as inseridas em racionalidades médicas, possuem uma abordagem relativamente integral em comparação com a biomedicina, podendo ser ofertadas aos usuários do SUS (TESSER, BARROS 2008). Estudos realizados com usuários de Homeopatia da APS têm afirmado a possibilidade da aplicação do atendimento homeopático como uma prática de alto teor de integralidade (ESTRELA 2006; SALLES, AYRES 2013).

Andrade e da Costa (2010) discutem a questão da integralidade relacionada à cultura, na prática da integração do ser humano com a sociedade, o individual com o coletivo, as múltiplas dimensões do ser social, biológico, psicológico, emocional e a associação que diferentes povos realizam por meio dos símbolos e da cultura. Essas relações ecoam com os preceitos das MAC no sentido da multidimensionalidade e integração de cuidados.

Desta forma as Medicinas Alternativas e Complementares podem ser praticadas na Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo para a integralidade na atenção e fortalecendo a Promoção da Saúde na sua dimensão microssocial e individual, podendo propiciar a diminuição da medicalização, fatores que são essenciais para a ampliação de recursos terapêuticos nos serviços de Saúde Pública (TESSER, BARROS, 2008; BURKE et al, 2005; HILL, 2003).

### 3.6 MAC no SUS de Florianópolis

Estudos sobre as MAC, com abordagem específica para a região da grande Florianópolis, são escassos. Dentre eles, pode-se destacar alguns que vêm ao encontro deste projeto: Thiago (2009), Martini e Becker (2009), Navolar (2010), Giraldi e Hanazaki (2010), Silva (2012) e Santos (2012).

Com relação ao estudo de Thiago (2009), este explorou a opinião de médicos e enfermeiros da ESF sobre a inclusão destas práticas no SUS. Seus principais resultados demonstraram a grande frequência do interesse destes profissionais em capacitar-se na área das MAC, sugerindo a implantação das mesmas no município.

Navolar (2010) investigou a interface entre a nutrição e as práticas integrativas e complementares no SUS, tendo como objetivo analisar a visão das nutricionistas que atuam na APS a respeito do uso e recomendação de MAC na sua prática profissional. Na análise de seus resultados, percebeu-se que várias nutricionistas são simpatizantes das MAC e “recomendam o uso de fitoterápicos e encaminham para acupuntura e homeopatia, com avaliação de bons resultados para problemas frequentes como obesidade/ansiedade e com boa receptividade do usuário” (NAVOLAR, 2010, p. 134).

Giraldi e Hanazaki (2010), em estudo com uma comunidade açoriana de Florianópolis, investigaram o conhecimento popular e a utilização de plantas medicinais em contato com a população. Seus resultados demonstraram o uso tradicional de plantas e a herança cultural passada de geração em geração pelos familiares. A utilização das plantas medicinais concomitante à biomedicina aponta para o tratamento complementar e para a valorização do saber popular.

Outro trabalho que trouxe informações sobre o conhecimento, aceitação e percepções de MAC no município foi o de Martini e Becker (2009). Tal pesquisa traz informações mais específicas na prática da acupuntura como técnica utilizada na analgesia de parturientes atendidas no Hospital Universitário. Seus resultados indicam haver desconhecimento das pacientes com relação à aplicação desta técnica na obstetrícia, porém a maior parte delas acredita que a acupuntura possa auxiliar na analgesia e se mostram receptivas ao tratamento.

Silva (2012) analisou a experiência de usuários de acupuntura no SUS, no ambiente especializado e na APS. O trabalho relatou que os usuários investigados obtiveram importantes resultados com a terapêutica, principalmente problemas de dor crônica e diminuição da

utilização de medicamentos. Concluiu que a prática da acupuntura significou um cuidado ampliado (transcendeu os problemas principais que eram o motivo do uso da técnica), pois foi menos iatrogênico e com maior presença na APS da incorporação de significados e outros recursos e orientações oriundos da medicina tradicional chinesa.

Além dos trabalhos que salientam a importância das MAC no município, ressalta-se o apoio dos Conselhos Municipais de Saúde para a implantação das MAC na Rede Municipal de Saúde, como forma de ampliar a atenção à saúde, resoluções que se encontram nos relatórios da VI, VII e VIII Conferências (CONFERÊNCIA 2003, 2006, 2011).

O município possui um contexto favorável para a implementação dessas práticas no SUS de Florianópolis. Apesar deste fator, até o ano de 2009, os atendimentos com MAC na Rede municipal de Saúde do município refletiam iniciativas individuais de alguns profissionais nas Policlínicas, tendo apenas um médico homeopata e dois acupunturistas que trabalhavam de forma especializada, e não se enquadravam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (o que persiste até hoje), por opção da Prefeitura, e em decorrência dos poucos profissionais que as praticavam na ESF (SANTOS, 2012).

Em março de 2010, por meio da Portaria Nº 010/2010, ocorreu uma intensificação da Institucionalização das MAC em Florianópolis, com a criação da Comissão de Práticas Integrativas Complementares (CPIC) (FLORIANÓPOLIS, 2010). A nomeação da CPIC foi realizada por motivação da SMS, sendo formada por profissionais que já se reuniam anteriormente com esse propósito. Os participantes compuseram um grupo multiprofissional com distintas habilidades, porém com o mesmo objetivo de introdução das MAC na APS. A referida comissão produziu uma normatização para a prática das MAC na APS e gerou um processo de discussão descentralizada e sensibilização nos centros de saúde.

Tal trabalho desenvolveu-se por meio de oficinas de sensibilização que promoveram debates com gestores e profissionais de centros de saúde interessados. Nestas oficinas, eram produzidos planos locais, em cada centro de saúde, para a inserção progressiva das PIC e levantadas demandas e interesses respectivos para que fossem ofertadas as capacitações em MAC. Baseada na demanda gerada, houve a disponibilização de capacitações em algumas MAC, com parceria da CPIC e da UFSC, para profissionais desses centros de saúde sensibilizados e outros. Estes cursos produziram um número maior de profissionais sensibilizados e com alguma capacitação para atendimento



com auriculoterapia, fitoterapia, auto massagem e acupuntura, em vários centros de saúde, o que consequentemente trouxe maior oferta dessas à população (SANTOS; TESSER, 2012).

Constata-se, assim, que a temática das MAC, em Florianópolis, é uma área emergente para o desenvolvimento de novos estudos e análises, especialmente diante da dimensão inovadora do processo de implantação das mesmas no SUS e ausência de pesquisas focadas no sujeito principal do processo para o qual os serviços são oferecidos – os usuários.

### **3.7 Usuários, experiências, percepções, satisfação**

Esperidião e Trad (2005), ao desenvolver uma análise crítica de artigos sobre satisfação de usuários de serviços de saúde, discutem diversas terminologias para designar o conceito de usuário: *patient, consumer, client, costumer* e *user*, sendo o primeiro termo em predomínio, carregando a noção de “passividade” no atendimento. Por entender que as demais terminologias denotam uma noção de consumidor, que paga pelos serviços utilizados, no presente trabalho será adotado o termo usuário, sendo esse entendido como sujeito que utiliza os serviços de saúde de forma ativa e participante.

Segundo Ramos e Lima (2003), os usuários são os personagens principais dos sistemas de saúde. Assim, é de fundamental importância investigar a perspectiva desses quanto ao atendimento prestado. Ao conhecer como os usuários avaliam o serviço de saúde, abrem-se campos para se repensar sobre as práticas de cuidado à saúde, trazendo impacto ao aprimoramento dos trabalhos.

Esperidião e Trad (2005) relatam que os trabalhos acerca da avaliação de usuários mencionam o termo “satisfação”. Porém, há ausência de consonância com relação ao conceito, pois refletem diferentes objetivos na pesquisa com usuários (avaliação de qualidade ou percepção). As formas mais comuns de utilização de satisfação referem-se a percepções e expectativas dos usuários com relação aos atendimentos.

A satisfação possui função de avaliar uma série de fatores que estão por trás da avaliação positiva ou negativa do atendimento, que vão além do arcabouço de ações realizadas dentro do centro de saúde, tais como alimentação, moradia, qualidade de vida, conforto, limpeza; incluindo neste montante o atendimento prévio no estabelecimento de saúde, a relação médico-paciente, chegando à qualidade técnica do

serviço. Ressalta-se ainda um dos questionamentos com relação à utilização do termo satisfação nos serviços públicos de saúde, nos quais o usuário pode referir alta satisfação com o serviço por rezeir a perda do direito à utilização dos mesmos (Esperidião, Trad, 2005), ou ainda, por simplesmente se atendido, frente a uma perspectiva não rara de dificuldade de acesso ao atendimento nos serviços de saúde públicos no Brasil.

Compreender a percepção de indivíduos sobre uma dada realidade é um processo complexo e abrangente, posto que a construção de significados não é algo linear com estímulo e resposta passiva. Os indivíduos estão em constante interação e a sociedade tem um papel ativo no condicionamento das percepções particulares para cada grupo social. Referenciais ideológicos e culturais permeiam os entendimentos e são aplicados a diferentes experiências para classificar e transformar a visão das pessoas cotidianamente (MELGAREJO, 1994).

Outro fator preponderante para compreensão da percepção é o reconhecimento das experiências da vida cotidiana. Os conhecimentos previamente adquiridos pelo indivíduo são comparados com as novas experiências, permitindo assim a identificação e apreensão para interação com o entorno (MELGAREJO, 1994).

Schwartz e outros (2010) acrescentam que os determinantes da experiência atual com o tratamento também estão ligados a fatores como as informações que são disponibilizadas aos usuários sobre o tratamento, dificuldades e facilidades no acesso e o estabelecimento de vínculos com os profissionais (SCHWARTZ, et al 2010).

As influências sobre a percepção dos usuários variam desde fatores culturais, religiosos e regionais (LANGDON; WIJK, 2010), até experiências anteriores nos serviços de saúde e o próprio estado de saúde atual dos usuários (HALAL, et.al, 1994). Observa-se, assim, que os autores acima mencionados corroboram Melgarejo (1994) e propõe-se a ideia de que a percepção do usuário com relação ao serviço representa a subjetividade inerente a cada indivíduo e está relacionada ao conjunto de significados construídos.

### **3.8 Estudos com Usuários de MAC**

Um dos trabalhos internacionais de relevância a respeito das MAC é o de Astin (1998), realizado com uma amostra aleatória da população norte-americana, o qual trouxe importantes considerações sobre os motivos da utilização das MAC. Esse validou três perspectivas

teóricas que propunham explicações e possíveis motivos para a utilização dessas medicinas. A primeira explicação diz respeito à busca dessas práticas por insatisfação com tratamentos convencionais; a segunda se justifica por dar mais autonomia e poder ao paciente sobre suas decisões com relação à saúde; e a terceira foi relatada como uma forma de tratamento mais coerente com a visão de mundo e filosofia de vida dos usuários. Delas, esta última perspectiva foi a que mais motivou a população estudada a utilizar a MAC.

Outros trabalhos com usuários de MAC, como os de Luff (2000) e de Nogales-Gaete (2004), apresentam resultados indicando que a busca por estas formas de tratamento foi motivada em função de falhas na medicina convencional, ocasionadas principalmente pela visão especializada e fragmentada, sem olhar para o usuário como um todo. Os estudos também relacionam a satisfação dos mesmos com as MAC, a maior vinculação com o profissional, que proporciona maior acolhimento e incentivo à pró-atividade do indivíduo no autocuidado.

Em estudo bibliográfico tipo metassíntese, Spadacio e outros (2010) apresentaram diversos estudos qualitativos sobre MAC, englobando literatura de 1997 a 2008, publicadas em periódicos internacionais. Esses tinham como foco os usuários, suas experiências com o tratamento e seu contexto social e cultural; além da profissionalização das MAC e outras questões inerentes aos profissionais. Os artigos encontrados no referido estudo que tratavam de experiências com MAC vivenciadas pelos pacientes, ressaltavam o potencial positivo na associação das práticas com o tratamento convencional e a possibilidade do sincretismo terapêutico. Também é destacada a importância do vínculo criado entre profissionais e usuário na experiência terapêutica com as MAC (SPADACIO; et al, 2010). Ao concluir o estudo, os autores constataram que as pesquisas realizadas com usuários de MAC são, na maioria de cunho exploratório, referentes a experiências e motivações para a procura dessas práticas, mencionando a necessidade da realização de estudos que investiguem o entendimento, significado e percepções dos indivíduos a partir dessas experiências (SPADACIO; et al, 2010).

Ainda em âmbito internacional, porém ressaltando a integração das MAC na APS, destaca-se o trabalho de Jong e colaboradores (2012), que pesquisou a perspectiva de pacientes com problemas articulares atendidos na APS da Holanda sobre a possível integração das MAC nos serviços prestados pelo médico de família da APS. Os resultados demonstraram que a maioria dos pacientes entrevistados gostaria de ser

informado pelo médico de família sobre os possíveis tratamentos com MAC, outros preferiam ser encaminhados a profissionais especialistas em MAC ou sugeriam que os médicos de família atuassem colaborativamente com outros profissionais especialistas na área.

No Brasil, os estudos com usuários de MAC na APS são escassos. Estão mais voltados para investigação da aceitação e satisfação após a experiência com o tratamento. Podem-se citar três estudos ilustrativos, realizados com população usuária de homeopatia. Esses relataram em seus resultados que os indivíduos recebem de forma positiva o tratamento e afirmam satisfação com o tratamento em virtude da postura prestada pelo profissional, melhor escuta, atendimento mais personalizado, o tempo maior de atendimento e o aprimoramento da relação médico-usuário (MONTEIRO, IRIART, 2007; SANTANNA, HENNINGTON, JUNGES J.R.; 2008; SALLES, AYRES, 2013).

Uma das especificidades das pesquisas acima citadas é que avaliam usuários de homeopatia em um contexto de prática exclusiva da racionalidade médica homeopática. Apesar do atendimento ser prestado na APS, esse ocorria em paralelo ao restante dos cuidados clínico-sanitários, sendo praticado por outros profissionais que não os médicos generalistas ou de família e comunidade responsáveis pelo cuidado geral dos usuários.

Com relação ao acesso e à aceitabilidade das MAC, na visão de usuárias, destaca-se o trabalho de Fontanella e outros (2007), que objetivou investigar o acesso, aceitabilidade e conhecimento sobre algumas MAC, a partir da resposta de uma comunidade usuária do SUS pertencente ao município de Tubarão-SC. Mais recentemente, outra pesquisa foi realizada por Marques et al (2011) no município de São João da Mata- MG, com o mesmo objetivo do trabalho anterior. Os resultados de ambos os trabalhos demonstraram o desconhecimento da população a respeito da maior parte das MAC mencionadas, porém após obterem conhecimento do tipo de tratamento proposto, mostraram-se dispostos a aderir a essas, se fossem ofertadas nos centros de saúde.

Alguns trabalhos no âmbito do SUS trazem experiências de usuários com MAC na atenção secundária, como o trabalho de Borges e outros (2011), que relata as impressões de usuárias a respeito das MAC na atenção à saúde da mulher no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG. Seus resultados relataram satisfação e alívio dos sintomas físicos e psíquicos, contribuindo como forma de suporte à assistência obstétrica voltada para a humanização.

Com relação à utilização de MAC em doenças crônicas, o trabalho de Santos e colaboradores (2009), objetivou identificar as terapias utilizadas em associação com a homeopatia e conhecer a credibilidade dos usuários de um Hospital de caráter público de Goiânia associado ao SUS, nesse tratamento. O resultado evidenciou que o tratamento homeopático associado a outras terapias possibilita melhor abordagem holística e confere maior satisfação ao cliente.

Neves e outros (2010) discutem em seus trabalhos a percepção de usuários sobre a inclusão da Terapia Floral nas práticas terapêuticas do SUS. Concluiu-se por meio da pesquisa, que seria de grande valia a inclusão da Terapia Floral no SUS, como estratégia na concretização do princípio da integralidade na atenção à saúde dos usuários.

Sousa (2013) relatou como um de seus objetivos, compreender como se dá a estruturação do cuidado com os usuários atendidos com MAC e se há efetivamente uma mudança no modelo de atenção que propicie a ampliação do cuidado. O trabalho foi realizado na unidade de saúde municipal que funciona como referência especializada em MAC para a APS da cidade de Recife. Seus resultados demonstraram que a experiência dos usuários com as MAC referiu que a efetividade é vista como um sucesso prático. Porém, não foram evidenciadas muitas mudanças na estruturação do modelo atual de atenção à saúde. O acesso dos usuários às MAC ocorria por encaminhamento ou por busca espontânea. A procura dos usuários se dava por falta de explicação sobre a doença/tratamento no modelo biomédico, por indicação de amigos e vizinhos ou por propagandas de televisão. Os relatos trazidos pelos usuários apontam diversos benefícios gerados com a utilização das MAC como maiores autoestima, empoderamento, autonomia, autocuidado, satisfação e bem-estar. As principais queixas dos usuários foram os relatos do tempo de espera para serem consultados, sugerindo a criação de mais centros que ofertassem as MAC.

Por meio dos trabalhos acima mencionados, nota-se que os usuários são receptivos às novas formas de tratamento e relatam afinidades com as MAC e melhoras dos sintomas com seu uso. Por outro lado, referem à baixa oferta como limitação do acesso. Sendo assim, outras perguntas suscitam o interesse. Como se dá o acesso das MAC, aos usuários na APS de Florianópolis na visão dos usuários? Há negociação e associação de MAC com tratamento convencional, como medicamentos? Este estudo poderá lançar luz sobre alguns aspectos dessas questões na realidade investigada.

#### 4. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada por meio de uma abordagem qualitativa, coerente com seus objetivos e seu objeto de investigação. A pesquisa qualitativa permite a investigação de fenômenos sociais e individuais complexos, pouco quantificáveis, cuja complexidade relaciona o sujeito com seu mundo ao redor tanto "social" quanto "natural" (LATOURET, 2000). Este tipo de pesquisa considera a interpretação do pesquisador e sua criatividade em construir e reconstruir seu olhar por meio das vivências no trabalho de campo (DENZIN e LINCOLN, 2006).

O campo de estudo deste trabalho foi delimitado dentro do município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina (SC), que possui população de 421.203 habitantes (IBGE, 2010). A Rede Municipal de Saúde está dividida em 5 Distritos Sanitários, sendo esses: regional Continente, Centro, Sul, Norte e Leste, com área de abrangência e geoprocessamento próprios. Possui 52 centros de saúde com APS, que adota o modelo de ESF. Esses comportam 114 equipes de saúde da família com cobertura de 93% para ESF (BRASIL, 2014).

A pesquisa foi realizada em Centros de saúde (CS) selecionados pelo critério de maior realização de ações envolvendo MAC na APS do município, Para que se pudesse fazer uma seleção dos centros de saúde, foi realizada a mensuração da realização dessas atividades, mediante levantamento de dados junto ao sistema informatizado de registro de atendimentos (InfoSaúde®), da SMS de Florianópolis. Por meio do levantamento de dados, identificou-se primeiramente todos os CS que realizaram pelo menos um atendimento com MAC nos últimos 6 meses que antecederam a coleta de dados. Após esse reconhecimento, observou-se que o número de atendimentos com MAC em cada CS era flutuante, refletindo a ligação direta entre a presença ou ausência do profissional capacitado em prestar esses atendimentos e a realização dos serviços envolvendo MAC nos CS.

Dentre os CS com maior registro, identificou-se que a homeopatia e a acupuntura foram as duas MAC mais praticadas na APS do município. Porém, identificou-se que os números de registros da homeopatia eram referentes aos atendimentos prestados por somente uma médica homeopata que atendia de forma especializada em um CS, enquanto a acupuntura e as demais MAC eram práticas realizadas pelo mesmo médico de família e/ou por outros profissionais e estavam distribuídas na maior parte dos centros de saúde que ofertavam MAC.

Como o objetivo do trabalho foi compreender a percepção dos usuários de MAC em uma perspectiva de atendimentos integrados à saúde da família, optou-se por excluir o local que atendia com homeopatia de forma especializada.

Optou-se por selecionar os quatro CS que obtivessem um maior fluxo mensal de atendimentos com MAC, de forma a facilitar o acesso da pesquisadora aos usuários. A escolha dos locais se deu ainda levando em consideração a maior variedade de MAC ofertada em cada CS. Para a pesquisa, todos os estabelecimentos selecionados obtinham registros de atendimentos com auriculoterapia e acupuntura, além dessas, dois estabelecimentos ofertavam fitoterapia.

Os critérios mínimos necessários para os usuários participarem da pesquisa foram: ser maiores de 18 anos, estar no mínimo na terceira sessão de MAC, para os usuários em tratamento; e para os pacientes que estivessem realizando o tratamento anteriormente, que o tempo decorrido não ultrapassasse o período de dois meses, para evitar viés de memória.

Dentre as técnicas de coleta de dados possíveis na pesquisa qualitativa, optou-se, inicialmente, para atender os objetivos da pesquisa, pela realização de grupos focais. O grupo focal consiste na realização de grupos formados com pessoas que possuam algumas características em comum, referentes ao tema a ser discutido, no caso deste trabalho, usuários de MAC atendidos nos centros de saúde municipais. Possui como objetivo captar e trocar ideias, comentários, reflexões e discussões a partir das experiências pessoais dos participantes acessadas através da interação com o grupo (GATTI, 2005). Como o presente trabalho não desejava investigar questões de natureza extremamente pessoal, ou que possivelmente trariam inibição perante o grupo, nem pretendia investigar a frequência de um determinado fenômeno, justificava-se a utilização do grupo focal como método de coleta de dados para o cumprimento dos objetivos propostos.

Visando a uma amostragem sem viés de seleção de usuários para a participação nos grupos focais, inicialmente foi solicitado à SMS a colaboração da instituição, após prévio acordo com a CPIC, na confecção de uma listagem com os códigos do cartão de identificação do SUS ou endereços de todos os usuários atendidos nos CS que seriam colaboradores (os quatro previamente selecionados), dos últimos três meses que antecederiam a coleta de dados, bem como a MAC utilizada. Posteriormente, essas informações seriam diretamente encaminhadas às respectivas equipes de saúde da família colaboradoras, sem acesso dos

pesquisadores às mesmas. Assim, a pesquisadora orientaria as equipes quanto a um primeiro convite aos usuários, após sorteio de determinado número de possíveis participantes, para que, em caso de aceite, a pesquisadora completasse o convite.

Como não foi possível obter a colaboração da instituição no sentido de identificar esse conjunto de usuários, encaminhando seus contatos às equipes de saúde da família, nem a autorização para que os profissionais destas equipes colaborassem na pesquisa; tornou-se necessária outra via de acesso aos usuários. Procedeu-se uma exploração desses campos de maior prática institucional das MAC no município, o que permitiu primeiramente um processo de identificação de usuários das MAC nas salas de espera dos serviços previamente selecionados e posterior convite para a pesquisa.

Esse processo foi realizado nos CS selecionados, mantendo-se o sigilo dos nomes dos locais, criaram-se códigos de identificação para cada estabelecimento, a saber: A, B, C, D. Ressalta-se que o acesso aos usuários de MAC foi diferenciado dependendo do local, já que nos CS A, C, D haviam dias previamente definidos para atendimento com acupuntura, enquanto o CS B prestava atendimentos conforme a necessidade de cada paciente, fato que trouxe maior dificuldade para a pesquisadora no sentido de encontrar com essas pessoas nas salas de espera.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2013 a maio de 2014. Primeiramente, antes da abordagem da pesquisadora aos usuários nas salas de espera, realizou-se observação das instalações gerais de cada CS e procuravam-se indicativos de alguma divulgação de atendimentos com MAC no local, ou de algum atendimento em grupo, e palestras que envolvesse MAC. Após esse reconhecimento, procurava-se o coordenador de cada serviço para melhor entender de que forma ocorriam os atendimentos com MAC no local e saber quais os profissionais as praticavam.

O CS A foi o primeiro local escolhido pela pesquisadora para o início da coleta de dados, por apresentar certa tradição nos atendimentos com MAC. Após 3 visitas (uma em cada semana), nos dias de atendimento com acupuntura, a pesquisadora abordou diversos usuários de MAC e obteve resposta favorável de 10 usuários para a realização do primeiro grupo focal.

Todos os dez usuários se mostraram dispostos a participarem da primeira coleta de dados. Porém, no dia e horário marcados para a realização do grupo apenas duas usuárias se fizeram presentes. Tendo



em vista a dificuldade em reunir as pessoas e valorizando a presença delas, a pesquisadora realizou uma entrevista com cada usuária, utilizando-se do material inicialmente proposto para a dinâmica em grupo (imagens previamente selecionadas de diversas MAC). As imagens serviram como uma forma de aquecimento da entrevista onde as usuárias mostravam e comentavam quais daquela MAC elas já tinham utilizado dentro e/ou fora do CS, quais utilizavam habitualmente em casa, além de demonstrarem algumas vezes por meio dessas algum interesse no atendimento com outras MAC.

Após a realização dessas duas entrevistas, a pesquisadora tentou novamente contatar as usuárias por telefone para remarcar o dia e horário do grupo, porém nessa tentativa apenas duas pessoas confirmaram presença. Como já havia se passado um mês no processo de encontrar os usuários na sala de espera, e na tentativa com pouco sucesso de realizar um grupo focal em apenas 1 dos 4 CS selecionados, optou-se por modificar a técnica de coleta de dados, já que não haveria tempo hábil para a conclusão do trabalho.

Considerando que os objetivos gerais do trabalho poderiam ser atingidos a partir de métodos distintos de coleta de dados, com alguma variação de enfoque e de análise. Dada a dificuldade de viabilizar a realização dos grupos focais, optou-se por trabalhar com entrevistas semiestruturadas, técnica que permite também uma aproximação da experiência, da visão e da avaliação dos usuários atendidos com PIC, mais viável pela facilidade em agendar os encontros de forma individual na lógica acima descrita, via sala de espera.

Houve também uma mudança relativa no enfoque, permitida pela mudança da técnica de coleta de dados. Enquanto o grupo focal traria uma visão coletiva debatida entre os usuários sobre a oferta de MAC, seus significados potenciais e o compartilhamento de suas experiências com o tratamento, nos centros de saúde, a entrevista proporcionaria maior liberdade ao sujeito para se expressar sem a interferência e influência dos outros participantes, gerando mais tempo para que o entrevistado relatasse a sua experiência com o tratamento, informando como se dava a relação médico-usuário, bem como a sua compreensão sobre o tratamento.

Ressalta-se que a técnica da entrevista enriqueceu o trabalho a partir do momento em que o usuário possuiu maior espaço para expressar experiências, julgamentos, sentimentos e percepções de natureza individual, que provavelmente não seriam relatadas em igual profundidade e liberdade na presença do grupo e nem exploradas na

análise. A mudança de enfoque do tema e do método de coleta permitiu uma aproximação das visões, percepções e significados individuais dos usuários, envolvendo, por exemplo, a questão da complementaridade e alternatividade do tratamento, temas já previstos como objetivos específicos, facilitados pelas entrevistas semiestruturadas.

Manteve-se em todas as entrevistas a utilização sistemática das imagens, anteriormente relatadas como aquecimento inicial nas entrevistas, as quais traziam ilustrações das seguintes práticas: acupuntura, massagem, florais, auriculoterapia, chás, homeopatia, benzimento, argila, *reiki*, *yoga*, biodança e *tai chi chuan*.

Utilizou-se como referencial metodológico a Ground Theory ou Teoria Fundamentada em Dados (TFD), que foi criada na década de 60 por Barney Glaser e Anselm Strauss (STRAUSS; CORBIN, 2008). Possui raízes no Interacionismo Simbólico e objetiva entender a realidade a partir da percepção ou significado dos sujeitos sobre determinado contexto ou objeto (DANTAS et al, 2009).

A TFD fundamenta-se na pesquisa qualitativa e almeja descobrir conceitos ou teorias a partir dos dados coletados. Dessa forma não há hipóteses anteriores à coleta de dados, pois essas são criadas a partir do campo. O método é considerado circular, permitindo que o pesquisador mude o foco de atenção, podendo procurar novas direções, dependendo dos dados que irão se revelar a cada passo da coleta de dados. Inicialmente, o pesquisador vai a campo, observa e realiza perguntas, faz as primeiras reflexões e pode voltar ao local realizando mais questionamentos, até obter a saturação teórica, possibilitando que os dados sejam coletados e analisados concomitantemente (STRAUSS, CORBIN, 2008; DANTAS et al, 2009).

Além da técnica da entrevista, a observação também é considerada importante pela TFD (DANTAS et al, 2009). A observação direta viabiliza a aproximação do pesquisador com o campo de pesquisa, além de auxiliar na compreensão da realidade social e contato com ela, de modo a balizar e ter outra ancoragem para além dos discursos dos sujeitos. Seu principal instrumento foi um caderno de anotações para registro de todas as impressões sobre o campo, permitindo maior liberdade, sem a necessidade de um instrumento rígido de coleta de dados. Esse método produz conhecimento daquilo que não é verbalizado, mas pode ser percebido, captado, visualizado pelo observador (DESLANDES; GOMES; MANAYO, 2007).

Foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas com usuários atendidos por seis médicos e uma enfermeira, pertencentes a

seis equipes de saúde da família, distribuídas nos quatro serviços de saúde (um dos médicos apoiava as equipes da unidade, sendo também híbrido). As entrevistas tiveram duração de trinta minutos em média (variação de 25 a 35 minutos). As usuárias foram classificadas de acordo com a letra do local de atendimento seguida por números. Nove participantes eram do estabelecimento A, quatro dos locais B e D e três do C. Duas entrevistas foram realizadas no centro comunitário do bairro, uma na residência da paciente e as demais nos serviços de saúde, em sala reservada cedida pelos estabelecimentos, antes ou após os atendimentos.

Destaca-se que o número de participantes selecionados em cada serviço de saúde foi variável devido ao número de profissionais trabalhando com MAC e pela organização desses em cada local. O estabelecimento A possuía mais atendimentos com MAC (dois períodos semanais com consultas agendadas), fato que propiciou maior número de participantes no local. Enquanto os locais B e D possuíam apenas um período e o CS C não possuía dia pré-determinado para agendamento com as MAC. Dessa forma, a coleta de dados se deu de forma cíclica conforme a pesquisadora conseguia aceite para participação. Encerrou-se a coleta a partir do momento que a pesquisadora observou saturação do conteúdo das respostas das entrevistadas.

O material das entrevistas foi analisado de forma concomitante a coleta de dados conforme preconiza a TFD. O primeiro passo de análise se deu por meio da codificação aberta, na qual a pesquisadora separou as informações de acordo com as afinidades e divergências presentes nas falas, classificando-as e sintetizando os dados. Ao codificar e comparar as falas relacionadas às perguntas, redigiram-se anotações e interpretações analíticas, as quais nomearam-se como memorandos. Com a leitura dos memorandos e a avaliação dos primeiros códigos, estabeleceram-se categorias provisórias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A pré-análise caracterizou-se pela identificação de lacunas para o estabelecimento de algumas categorias, fato que fez com que a pesquisadora voltasse ao campo e coletasse mais informações. Após, deu-se continuidade a análise por meio da codificação axial, que se caracterizou pela reorganização dos códigos e pelo estabelecimento de subcategorias. A última etapa foi a codificação seletiva, que buscou refinar e aprimorar as principais categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008). Algumas categorias responderam a questões determinadas pelos

objetivos da pesquisa, contemplados no roteiro da entrevista, enquanto outras emergiram na análise por sua frequência.

Este estudo foi submetido e obteve aprovação prévia da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e, posteriormente, no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob Certificado de Apreciação Ética de número 19744513.9.0000.0121. Foi solicitado a todos os participantes da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias assinadas, sendo que uma ficou com o pesquisador e outra com o pesquisado. Foram seguidos todos os cuidados da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Com o intuito de garantir a preservação da identidade dos participantes, foram utilizadas letras e números para a identificação das falas descritas no trabalho.

Registra-se que uma das limitações do estudo foi o viés de seleção dos usuários, pois os participantes estavam em sua maioria na continuidade do tratamento com MAC, fato que predispõe e pressupõe uma aceitação e satisfação com a proposta. Por isso, os resultados não podem ser generalizados para o conjunto dos usuários ou para outros municípios.

Por outro lado, apesar das limitações contextuais e suas consequências na seleção implícita no modo de convite aos participantes, considerou-se que abordar um subconjunto dos usuários dos serviços da APS, atendidos com MAC, selecionados por conveniência, era relevante e coerente com os objetivos da pesquisa, exploratória de uma realidade social (experiências de usuários com de MAC realizadas pela própria equipe de APS), tendo em vista que as mesmas foram relativamente pouco estudadas e/ou disseminadas.

## 5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados por meio de um artigo científico, formatado na norma da revista de escolha para publicação, conforme prevê o regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

O Artigo intitulado *Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários* será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública

*Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários*

**FAQUETI; Amanda<sup>1</sup>; TESSER; Charles Dalcanale<sup>2</sup>**

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

2. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências de Saúde. UFSC. Florianópolis, SC, Brasil

*Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários*

**Resumo**

Objetivou-se investigar as percepções de usuários sobre suas experiências com Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de Florianópolis-SC. Realizaram-se entrevistas com usuários de MAC em centros de saúde selecionados. Segundo os participantes, houve significativa melhora com as terapias, que eram ofertadas na maioria das vezes pelos profissionais, de forma alternativa ou complementar ao tratamento convencional. Observou-se comum preferência dos entrevistados por tratamentos naturais, por não causarem efeitos colaterais. Havendo acordo entre usuários e provedores, as MAC poderiam ser utilizadas como primeira escolha e o tratamento farmacológico caberia em situações mais graves. A diversidade terapêutica das MAC propiciou maior diálogo e negociação entre profissionais e usuários. Esses achados auxiliam na resolubilidade dos serviços, adequação cultural e tecnológica do cuidado, além de contribuir para o aprimoramento e horizontalização das relações com usuários na APS.

**Palavras-chave:** Medicina Integrativa. Terapias Complementares. Atenção Primária à saúde. Sistema Único de Saúde.

## **Use of Complementary and Alternative Medicines in primary health care in Florianópolis / SC: user perception**

### **Abstract**

This study aimed to investigate the perceptions of users about their experiences with Complementary and Alternative Medicines (CAM) in the primary health care services (APS) from Florianópolis-SC. Interviews were conducted with users of CAM in basic health units selected. According to participants, a significant improvement with therapies that were offered most often by professionals, alternative or supplement to conventional treatment form. There was common preference for natural treatments, not cause side effects. If agreed between users and providers, the MAC could be used as first choice and pharmacological treatment would fit in more serious situations. The diversity of CAM therapy provided greater dialogue and negotiation between professionals and users. These findings help in solving services, cultural and technological effectiveness of care, and contribute to the improvement of relations with flattening and users in the APS.

**Keywords:** Integrative Medicine. Complementary Therapies. Primary health care. Unified Health System

## **Uso de Medicinas Complementarias y Alternativas en la atención primaria de salud en Florianópolis / SC: la percepción del usuario**

### **Resumen**

Este estudio tuvo como objetivo investigar las percepciones de los usuarios sobre sus experiencias con los diferentes tipos de Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) en los servicios de Atención Primaria a la Salud (APS) de Florianópolis-SC. Se realizaron entrevistas con usuarios de MAC en unidades básicas de salud seleccionadas. De acuerdo con los participantes, hubo una mejoría significativa con las terapias, que eran ofrecidas, en la mayoría de las veces, por los profesionales, de forma alternativa o complementar al tratamiento convencional. Se observó una preferencia común de los entrevistados por tratamientos naturales, por no causar efectos colaterales. Habiendo un acuerdo entre usuarios y proveedores, las MAC podrían ser utilizadas como primera elección y el tratamiento farmacológico se dejaría para situaciones más graves. La diversidad terapéutica de las MAC propició mayor diálogo y negociación entre profesionales y usuarios. Estos resultados auxilian en la resolutivez de los servicios, adecuación cultural y tecnológica del cuidado, además de contribuir para la mejora y horizontalización de las relaciones con los usuarios en la APS.

**Palabras claves:** Medicina integral. Terapias Complementarias. Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud.



## Introdução

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) são amplamente utilizadas em todo o mundo, tanto de forma complementar ao tratamento convencional quanto de forma alternativa ao mesmo<sup>1</sup>. Elas incluem diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde que não se enquadram na medicina convencional<sup>2</sup>. Este campo de saberes compõe um arcabouço heterogêneo de formas de atenção e cuidado à saúde, incluindo desde práticas orientais como *yoga* ou energéticas como o *reiki*, práticas autônomas disseminadas na população como o uso de plantas medicinais, até sistemas médicos complexos como a medicina tradicional chinesa e a homeopatia, consideradas como “Racionalidades Médicas”, segundo categoria analítica criada por Luz e Camargo Jr. (2000). Por meio dessa categoria, foi possível a diferenciação entre sistemas médicos complexos (como a homeopatia, biomedicina, medicina tradicional chinesa, medicina ayurvédica) e outras terapias de menor complexidade como florais de Bach e a iridologia<sup>3</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações e incentivo à inserção das MAC, aliadas à medicina convencional na atenção à saúde desde a Conferência de Alma-Ata<sup>4</sup>. Sua utilização e expansão no mundo são evidenciadas, principalmente nas últimas décadas, tanto em países subdesenvolvidos quanto nos desenvolvidos<sup>5</sup>. O reconhecimento e a popularidade dessas formas de tratamento já foram evidenciados em diversos trabalhos nacionais e internacionais<sup>6,7,8,9</sup>.

Para além das recomendações da OMS, as MAC têm avançado em função de limitações, iatrogenias técnicas (diagnósticas, terapêuticas) e também de características relacionais problemáticas do cuidado biomédico, abrindo espaço para o avanço de outras racionalidades médicas<sup>10</sup>. A procura social pelas MAC deve-se também a virtudes inerentes a essas práticas, tais como: a valorização do vínculo, olhar e escuta ampliada do profissional frente ao doente como todo, o estímulo ao potencial de reequilíbrio e autocura do próprio paciente<sup>11,12-9</sup>.

No Brasil, as MAC são conhecidas como Práticas Integrativas e Complementares (denominação governamental), divulgadas partir de 2006, quando foi editada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares<sup>13</sup>, a qual preconiza a inserção e o fortalecimento dessas práticas, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), objeto de estudo desse trabalho.

Estudos internacionais relatam a possibilidade de integração das MAC na APS: abordando a atuação colaborativa entre profissionais<sup>14,15</sup> e com foco em perspectivas de clínicos que integram as MAC em seus serviços<sup>16</sup>. Poucas pesquisas abordam a visão dos usuários a esse respeito<sup>15,17,18</sup>. As respostas dos usuários investigados nesses trabalhos são variáveis com relação ao profissional mais adequado para realizar essas práticas. Ora desejam que o médico de família forneça a terapia<sup>18</sup>, ora que o mesmo informe sobre as possibilidades com MAC<sup>15,17</sup>. Por vezes, preferem que encaminhem aos especialistas em MAC<sup>15</sup>. Porém, todos gostariam que os médicos da APS tivessem um papel ativo em relação as MAC<sup>15,18</sup>.

Os estudos acima citados demonstram que não há especificação sobre qual o melhor modo de integração das MAC nos serviços de APS. Ora são realizadas pelos profissionais do cuidado biomédico, da própria equipe, que as praticam ao mesmo tempo em que continuam realizando práticas biomédicas, sendo por essa característica de prática mista, denominados ‘híbridos’ por Barros<sup>19</sup>. Ora as MAC são praticadas na APS por outros profissionais que atuam somente com as mesmas, comumente especialistas em alguma delas (como, acupuntura ou homeopatia); os quais, por essa característica de prática exclusiva, foram chamados por Barros<sup>19</sup> de profissionais ‘puros’. Isso é relevante para o contexto brasileiro, numa perspectiva de universalização do acesso ao cuidado biomédico e às MAC. A opção preferencial por profissionais puros acarretaria na inserção de especialistas em MAC na APS, que se somariam aos demais profissionais, e no fomento à especialização dos profissionais já existentes e em formação para prática “pura”, enquanto a opção pelos “híbridos” implicaria na capacitação (educação continuada e permanente) das equipes de saúde da família.

Trabalhos que abordam as MAC no SUS demonstram aspectos gerais sobre elas<sup>12,20,21,22</sup> ou a oferta pelos serviços<sup>23,24</sup>. As pesquisas que valorizam a visão dos pacientes são escassas e mais voltadas para alguma MAC específica, como a homeopatia, por exemplo, investigando as motivações para sua procura, conhecimento da prática, resultados e percepções sobre o tratamento<sup>7,9,25</sup>. Essas pesquisas abordam usuários de homeopatia ou outras práticas<sup>26,27</sup> em um contexto de tratamento exclusivo das mesmas, ainda que realizado no espaço físico da APS, sendo praticadas em geral por profissionais especializados em MAC, e não os do cuidado clínico convencional.

A incorporação das MAC na APS está ocorrendo de forma acrescida ao cuidado convencional (praticada por outros profissionais)

ou integrada (praticadas pelos mesmos profissionais da equipe de APS) de acordo com as realidades de cada país ou região. Em Florianópolis-SC, está ocorrendo um processo de implantação das MAC na APS de forma sistemática, desde 2010, por meio da gestão participativa entre profissionais e gestores<sup>28</sup>, em que as mesmas são praticadas pelos próprios profissionais das equipes de saúde da família.

O presente trabalho objetivou analisar as percepções de usuários sobre suas experiências com MAC e a oferta dessas na APS de Florianópolis/SC. Justificou-se pela escassez de estudos nacionais com esse foco, bem como pela pouca participação dos usuários na implantação do serviço nesse município<sup>28</sup>.

## **Métodos**

Trata-se de estudo descritivo exploratório, qualitativo, envolvendo usuários de MAC atendidos em Centros de Saúde (CS) com equipes de saúde da família. A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2013 a maio de 2014 em Florianópolis-SC em CS selecionados. Foram selecionados quatro CS que ofertavam maior número de atendimentos com MAC através do sistema de informações municipal (prontuário eletrônico - InfoSaúde®), codificados como A, B, C e D. O convite aos usuários se deu por meio de abordagem direta aos usuários por conveniência nas salas de espera dos serviços, em ordem de conveniência para o entrevistador.

Os critérios de inclusão foram ter acima de dezoito anos e estar em tratamento com MAC na APS ou tê-lo realizado nos últimos três meses. Realizou-se entrevistas semiestruturadas com usuários atendidos por seis médicos e uma enfermeira, pertencentes a seis equipes de saúde da família, distribuídas nos quatro serviços de saúde (um dos médicos apoiava as equipes do centro de saúde, não pertencendo a um equipe de saúde da família), todos híbridos. Nove participantes eram do estabelecimento A, quatro dos locais B e D e três do C. Duas entrevistas foram realizadas no centro comunitário do bairro: uma na residência da paciente e as demais nos serviços de saúde, antes ou após os atendimentos. O estabelecimento A possuía mais atendimentos com MAC, comparado aos demais, fato que propiciou maior número de participantes no local.

As entrevistas iniciavam, como aquecimento e introdução ao tema, pela apresentação de dez imagens impressas de MAC comuns no Brasil, e as participantes eram questionadas com relação ao

conhecimento e utilização no âmbito familiar e na APS. Seguiu-se um diálogo orientado por roteiro de questões que envolvia: forma de acesso, motivos de uso, formas de utilização, resultados obtidos e diferenças entre cuidado convencional e as MAC, na experiência dos usuários. Duraram de 25 a 35 minutos. Seguiram-se os cuidados éticos previstos na Resolução CNS nº 466, de 12/12/2012 (Parecer CEP-UFSC n.19744513.9.0000.0121). Seguindo o critério de saturação dos dados<sup>29</sup>, encerrou-se a coleta na vigésima entrevista.

Utilizou-se como referencial metodológico e análise a Ground Theory ou Teoria Fundamentada em Dados (TFD)<sup>30</sup>. A TDF pretende construir hipóteses, conceitos ou teorias baseados nos dados, não sendo essas predeterminadas. Neste caso, dado o caráter exploratório e original da pesquisa, almejou-se levantar hipóteses e compreender, numa primeira aproximação, a visão dos entrevistados sobre sua experiência com MAC nesses serviços. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. O primeiro passo da análise foi a codificação aberta, na qual as informações foram separadas de acordo com afinidades e divergências presentes nas falas, classificando e sintetizando os dados. Em seguida, realizou-se codificação axial, que se caracterizou e pelo estabelecimento de categorias e subcategorias. A última etapa foi a codificação seletiva, que refinou e aprimorou as principais categorias e subcategorias, algumas orientadas pelos objetivos e outras emergentes<sup>30</sup>.

## **Resultados e Discussão**

Todas as participantes eram do sexo feminino, entre 36 e 64 anos, de profissões variadas, principalmente donas de casa, costureiras e auxiliares de cozinha, em sua maioria católicas e evangélicas, residentes nos bairros onde se localizavam os CS selecionados. As participantes realizaram no mínimo três consultas envolvendo MAC, dezesseis estavam com o tratamento em andamento no momento da entrevista e quatro haviam concluído ou interrompido nos últimos três meses. As principais razões para a utilização das MAC estavam associadas a dores físicas, principalmente, os usuários de acupuntura, distúrbios de ansiedade, de humor e estresse, muitos com problemas associados.

As MAC mais apontadas no uso familiar foram os chás, em primeiro lugar (treze entrevistadas), seguida pelas misturas caseiras de plantas medicinais, conhecidas como garrafadas e pelo benzimento. As mais utilizadas na APS foram acupuntura e auriculoterapia. Sete

entrevistadas utilizaram apenas acupuntura e três auriculoterapia; as demais referiram utilizar conforme indicação dos profissionais acupuntura e ou auriculoterapia, florais, chás e homeopatia, práticas que podiam ser associadas ou não, dependendo do caso.

### **Encontro com as MAC na APS**

Foram identificadas quatro formas de acesso às MAC. A mais comum, referida por quinze usuárias, foi por oferta do médico da equipe de saúde da família, que no momento da consulta sugeria o tratamento com MAC. Das outras cinco, uma delas já havia realizado acupuntura em serviço privado e relatou acessá-la no centro de saúde por meio de cartaz no CS com as MAC ali desenvolvidas. Isso indica que um dos fatores promotores da oferta e busca das MAC são os materiais de divulgação, porém de grande importância para publicidade de sua presença, esses últimos só foram encontrados em A e D. Outras três entrevistadas foram encaminhadas por médicos de centros de saúde diferentes para serem atendidas com acupuntura. A última forma foi relatada por uma participante, que utilizava auriculoterapia, acessada via grupo de relaxamento, realizado semanalmente no centro de saúde B. No geral, o acesso era desencadeado pela oferta do profissional da equipe de saúde da família (ou do serviço): os usuários não estavam à procura de MAC, mas de tratamento para problemas de saúde. Isso difere dos achados de outros estudos que analisam as percepções de usuários de MAC na APS, em contextos de atendimento exclusivo (puro): tais estudos mostram que o acesso às MAC é por encaminhamento ou por demanda do usuários, que é direcionada por crenças e/ou pelo não alcance de resultados esperados com o tratamento convencional<sup>7, 9, 25</sup>.

Problemas relacionados ao acesso foram alvo de críticas de seis entrevistadas. Identificou-se um certo receio por parte de quatro delas por ter que interromper o tratamento para ceder a vaga a outros usuários, já que, segundo elas, havia fila de espera para os atendimentos com MAC. Pressupõe-se que a implantação das MAC integrada à Estratégia de Saúde da Família possibilitaria maior acesso a elas e os usuários não necessitariam ser encaminhados a serviços especializados. São comuns longas filas de espera para atendimentos especializados com MAC, dado registrado em estudo anterior no mesmo município em relação à acupuntura<sup>31</sup>. Até o momento da pesquisa, o processo de implantação no município ampliou o acesso a elas, porém de forma

limitada, já que há relativamente poucos profissionais capacitados, (híbridos) com múltiplas tarefas e responsabilidades, têm possibilidade restrita, provavelmente, para a prática de MAC, além de o acesso ficar restrito aos residentes dos bairros em que os praticantes trabalham.

### Utilização das MAC

Foi observado o uso das MAC como tratamento complementar e também alternativo ao convencional. Vale destacar, de início, que as participantes identificavam o cuidado biomédico com a utilização de medicamentos, como bem sintetizou A4: *“ele nunca precisou me dar remédio não, só com acupuntura já resolve”*. Embora a biomedicina use vários recursos de cuidado, e cada vez isso é mais necessário, com a proeminência das condições crônicas, é mister reconhecer que a quimioterapia é o recurso de referência da terapêutica<sup>32</sup>; e a ela é identificado o cuidado convencional biomédico pelas entrevistadas.

Dos quinze pacientes atendidos com MAC por indicação do médico de família, onze relataram que a proposta inicial dos profissionais era que se utilizassem essas práticas de forma alternativa ao tratamento convencional: *“Eu tava sentindo uma dor muito forte, então eu vim conversei com ele e ele aconselhou a tentar a acupuntura”* (A5). Por outro lado, no relato de dez entrevistadas, percebeu-se preferência em utilizar antes do tratamento com medicamentos as MAC, consideradas por elas como tratamentos naturais: *“Assim vou primeiro no chá, o natural, olha eu só procuro mesmo o médico quando eu tô com dor assim que eu não aguento mesmo, enquanto eu aguentar e tomar um chazinho e melhorar eu não vou”* (B1).

Observou-se que cinco participantes utilizavam MAC associadas a medicamentos por indicação do mesmo profissional: *“Essa medicação que eu tomo agora já é bem mais leve, então eu durmo, mas também com qualquer barulhinho eu acordo. Daí, quando faço a acupuntura é muito melhor”* (C2).

A utilização concomitante e/ou sincrética dos tratamentos convencionais e alternativos relatada pelos entrevistados deste estudo é reconhecidamente prevalente<sup>33,34</sup>. Os usuários utilizam plantas medicinais, acupuntura, curandeiros e práticas biomédicas de forma sincrética na maioria das vezes, ora associadas, ora uma precedendo a outra, ora uma como alternativa à outra. Essa associação permite maior diversidade de práticas e adequação cultural, estimulando o autocuidado. Muitas vezes esse conjunto de práticas é mais eficaz do

que a utilização de apenas uma forma de atenção à saúde<sup>33</sup>. Helmann<sup>34</sup> reforça tais preceitos ao enfatizar que as pessoas vivem em contextos culturais que estão imersos em um pluralismo terapêutico.

A literatura a respeito das MAC tem enfatizado o seu caráter complementar em relação ao tratamento convencional, o que é compreensível num sistema de saúde dominado pela biomedicina. Todavia, os achados relativos à preferência por tratamentos alternativos ou naturais, em primeiro lugar, associados à adequação cultural e tecnológica das MAC no ambiente da APS, podem fornecer sustentação para a posição esboçada por Tesser e Norman<sup>35</sup>, que propõem que as MAC e a biomedicina possam estabelecer uma relação inversa de complementaridade: as terapias complementares teriam certa primazia na APS, sendo complementadas, quando necessário, pela biomedicina; a terapia farmacológica seria utilizada de forma complementar, provavelmente nos casos resistentes a cuidados iniciais com MAC e/ou mais graves. Assim, como no ambiente familiar e comunitário em que as MAC já são abundantes, apesar da medicalização crescente da cultura e sociedade<sup>35</sup>, seria desejável, sustentável e adequada tecnologicamente essa inversão de preferência no ambiente institucional da APS, quando houver abertura dos usuários.

A favor da posição acima, um forte argumento é que há convergência entre o tipo de adoecimento que chega a APS (frequentemente inicial e pouco enquadrável na nosologia biomédica, quando há acesso fácil como deve ser) e as virtudes atribuídas às MAC, de estimular o poder de autocura dos indivíduos e sua participação ativa no cuidado<sup>11</sup>. Esse mesmo argumento, a favor das MAC na APS, funciona para a proeminência atual das doenças crônicas, embora aqui a proposta seja mais de complementaridade do que de preferência de umas em relação a outras. Tal convergência é suficientemente forte para que McWhiney<sup>36</sup>, um clássico da Medicina de Família e Comunidade, reconhecesse a APS como o locus privilegiado de inserção das MAC nos sistemas de saúde. Novas pesquisas teóricas, empíricas e avaliativas merecem ser realizadas aprofundando a hipótese de que as MAC podem ser utilizadas como tratamento de primeira linha na APS. Outrossim, recente estudo com pacientes de médicos de família praticantes de MAC, na APS holandesa, mostrou, comparativamente, com pacientes de médicos convencionais, menores custos com internação hospitalar, com utilização de medicamentos, menos dias de internação e maior sobrevivência em três anos de avaliação<sup>37</sup>.

Com relação às diferenças e semelhanças entre MAC e medicamentos, e ajudando a compreender o porquê da preferência comum pelas MAC, a diferença mais apontada pelos usuários foi a grande presença de reações adversas e efeitos colaterais presentes nos medicamentos, e inexistente nas MAC nas visões das usuárias. Onze entrevistadas relataram que os medicamentos causavam outros efeitos indesejáveis e com as MAC não havia esse problema: *“eu tomava o medicamento pra dor, daí me atacava a gastrite, daí eu também tenho problema de alergia, tu fica insegura... Agora com a acupuntura e a aurículo já não tem, a acupuntura só da coisas boas* (C3). Percebe-se que a visão comum de parte das entrevistadas sobre as MAC como sinônimo de tratamentos naturais e, portanto, inofensivas também demanda capacitação das equipes da APS sobre o tema e a introdução na formação dos seus profissionais, para que possam orientar com mais acuidade e precisão sobre o uso muito comum de MAC pelos usuários (principalmente plantas medicinais), inclusive simultâneo aos medicamentos, que não são isentos de riscos.

Apesar da preferência de dez entrevistadas e das iniciativas de vários profissionais em optar pelas MAC como tratamento inicial, o aspecto dialogal se evidenciou nas falas das participantes. Pode-se observar a presença de negociação na construção do plano terapêutico: *“ele quer tirar as medicações e eu não quero, demoro pra aceitar, já consegui diminuir, mas eu que não consigo parar”* (C2). A busca pelo tratamento convencional apareceu também em outras duas participantes que fizeram críticas aos profissionais, por não receitarem mais medicamentos ou por não solicitarem mais exames.

Uma das fontes de insatisfação dos usuários com o atendimento biomédico é a desarmonia na relação com os provedores, relacionada por vezes a objetivação dos pacientes<sup>38,39</sup>. As críticas à biomedicina também se relacionam a abordagens caracterizadas com mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, que restringe o tempo de dedicação do profissional e se limita a sintomas com pouca singularização dos pacientes<sup>35,40</sup>. Stewart et al<sup>41</sup> mostraram que 54% dos distúrbios percebidos pelos pacientes não eram tomados em consideração pelos médicos nas consultas. Embora esta pesquisa não tenha fornecido dados sobre a qualidade dos cuidados com MAC, por meio das falas das entrevistadas, percebeu-se haver uma negociação entre profissionais e usuários com relação à opção terapêutica.

A inserção das MAC, pela característica geral de maior holismo<sup>10,11,34</sup> nos serviços da APS, tem o potencial de ampliar a visão



dos profissionais sobre outros aspectos que influenciam o processo saúde e doença, que estão além dos sintomas físicos e que favorecem a ampliação da escuta e a consideração de aspectos subjetivos e psicossociais. A disponibilidade concreta de mais um recurso terapêutico e/ou de saber facilita e induz a abertura de espaço para negociação com relação a melhor opção terapêutica a ser utilizada em cada caso, fomentando que o profissional proporcione mais orientações ao paciente.

A negociação a respeito da escolha do tratamento envolvia, entre outros fatores, a qualidade da relação que se criava entre o profissional e o usuário: *“Ele conversou bastante, perguntou se tomava algum remédio ou não, disse que tem remédio que melhora pra uma coisa, mas piora pra outra, disse pra tentar primeiro com o chá daí se não resolvesse era pra voltar lá”* (B3).

Esses aspectos podem personificar os atendimentos, aprimorando a relação entre profissional e usuário. Também, sabe-se que há melhores desfechos e mais satisfação quando profissionais e usuários compartilham visões, interpretações e expectativas sobre os adocimentos e tratamentos, o que é a base da proposta de novas abordagens metodológicas e relacionais biomédicas na APS, como o método clínico centrado na pessoa<sup>42</sup> e as discussões sobre clínica ampliada<sup>43</sup>.

### **Avaliação sobre os resultados com as MAC**

Com relação ao problema de saúde, que foi o motivo do uso das MAC, todas as entrevistadas mostraram melhora e alívio dos sintomas, ao menos temporariamente. Cinco perceberam outros efeitos positivos associados, como bem-estar, diminuição das preocupações, estresse e ansiedade e melhora da angústia, tristeza e do sono: *“Eu acho que foi no bem-estar. Antes de fazer, eu tinha uma coisa que parecia que eu ia receber uma notícia, um aperto, uma coisa forte, aquilo não saía da cabeça e isso eu tinha direto. Depois que eu fiz acupuntura nunca mais senti”* (B1).

Outros efeitos positivos associados as MAC, além dos esperados, também foram relatados no estudo de Silva e Tesser<sup>31</sup>, em Florianópolis. O estudo conclui que a acupuntura significou um cuidado ampliado (transcendeu os problemas principais que eram o motivo do uso da técnica), foi menos iatrogênico e com maior presença na APS da

incorporação de significados e outros recursos e orientações oriundos da medicina tradicional chinesa.

Três usuárias relataram que a eficácia das MAC estava vinculada ao que pode ser chamado de ‘modo de ação’ das mesmas: *“minha ex-sogra [japonesa] fazia aquela ventosa também e mocha [...] funciona muito mais do que um outro remédio, porque mexe de dentro pra fora”* (C1). Esse modo “de dentro pra fora” de ação atribuída a várias MAC e relacionada ao estímulo do poder “natural” de autocura do organismo, por oposição a um modo “de fora para dentro” e “artificial” de ação dos medicamentos alopáticos, é relacionado como uma das características do que Davis-Floyd<sup>44</sup> chamou de paradigma holístico. O mesmo é característico das racionalidades médicas vitalistas, dado conceberem uma força ou energia vital autóctone nos doentes que pode ser mobilizada ou ajudada no sentido da cura<sup>20,24</sup>. Duas usuárias de medicamentos em associação com MAC relataram que as duas formas de tratamento auxiliam no seu problema, e acreditam que se uma fosse retirada o tratamento não seria tão efetivo.

A interrupção do tratamento foi referida por duas participantes que a justificaram por ter percebido eficácia apenas transitória. Uma delas obteve melhora sobre as dores somente após a sessão de acupuntura, fato que a desestimulava a enfrentar fila semanalmente, optando pela automedicação com analgésicos. A outra era usuária de drogas e tinha crises de abstinência. Relatou ter utilizado o floral indicado, que fez efeito somente no início e depois não funcionava; achava que o corpo tinha se acostumado. Estava em tratamento com psicotrópicos reconhecidos por ela como mais fortes.

### **Formas de organização do cuidado com as MAC**

Com relação ao modelo de atenção das MAC na APS, os entrevistados foram questionados sobre qual a melhor forma de receber esses tratamentos, se era por meio de um profissional que atendesse somente com as MAC ou se preferiam que o mesmo profissional responsável pelos cuidados gerais do paciente realizasse o atendimento, conjuntamente com a medicina convencional. C1 comentou sobre prós e contras dessas possibilidades: *“Acho que é relativo porque eu desenvolvi uma pneumonia, mas eu tava com depressão antes, então diminuiu essa coisa de ficar indo de um lado pro outro passando por um clínico geral pra ele fazer o encaminhamento, evitou filas e o desgaste. Mas cada caso é um caso, se a pessoa sofreu um acidente, ela vai pra*

*uma emergência, se ela já tem uma doença diagnosticada, vai pra um outro médico. Eu acho importante ter os dois, que tanto faz se separado ou junto, aqui tá funcionando”.*

Não houve maioria expressiva nas respostas. Os participantes, que preferiam as MAC realizadas pelo médico de família (nove usuários), justificaram que dessa forma o médico poderia acompanhar melhor o caso, permitindo iniciar um tratamento com MAC e se não obtivesse resultado iniciaria tratamento convencional: *“integrado assim é melhor porque começa com esse tratamento faz duas três sessões, aí, se não resolve, “bora” pra um químico pra ver se alivia”* (D1). Os demais entrevistados que preferiram ser atendidos de forma especializada (resposta de oito participantes), justificaram que para um médico fazer tudo é muita coisa e, como há muitos pacientes, eles não conseguiriam dar conta de atender todos com ambas formas de tratamento, além de referirem que quando o atendimento é separado o profissional pode se dedicar mais a estudar um tipo de tratamento: *“tem que ter os dois separado. Ele trata mais a dor, mas não trata muito a fobia, então seria interessante que tivesse alguém pra tratar essa parte também, e não só o mais grave...”*(D4).

Percebeu-se, de maneira geral, que as usuárias de doenças crônicas e que utilizavam medicamentos prescritos por especialistas focais se tratavam com MAC na APS de forma complementar. O fato dessas usuárias já estarem em tratamento crônico alopático com especialistas em ambulatórios especializados e não necessitarem de mais tratamento medicamentoso (na APS), pode ser um dos fatores explicativos para a preferência delas por tratamento exclusivo com MAC na APS, o que foi observado nas falas de cinco participantes: *“nunca consultei com o Dr. com outro tratamento, porque ainda me trato com os meus médicos [especialistas focais], faço acompanhamento, então aqui eu venho mais é pra medir a pressão e agora a acupuntura pro ciático”* (A5). Isso induz a pensar que a função de coordenação de cuidado é pouco efetiva na APS brasileira e uma vez acessado o tratamento especializado biomédico, o vínculo maior se estabelece com o especialista focal, com certa subvalorização da clínica biomédica da APS. Por outro lado, se a gravidade de um caso impõe cuidados especializados biomédicos, ela também ajuda a compreender a demanda dessas usuárias crônicas por cuidados especializados nas MAC: seus problemas também mereceriam ser explorados em profundidade pelas MAC, devido à necessidade/gravidade clínica. Isso indicaria que essas terapias, do mesmo modo que a biomedicina, além

de estarem presentes e acessíveis universalmente na APS, também deveria ter lugar na atenção especializada (e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como já é possível). Isso é mais fácil de compreender no caso das racionalidades médicas<sup>3</sup> vitalistas, em que se supõe haver maior efetividade e sofisticação nos praticantes mais especializados e dedicados exclusivamente a elas (especialistas puros); de modo a tais racionalidades ou mesmo outras práticas serem exploradas em profundidade no seu potencial de contribuição nos casos crônicos e ou complicados. Por outro lado ainda, isso reforça a ideia de que na APS as MAC devem estar integradas à biomedicina, nas próprias equipes de saúde da família, praticadas pelos seus profissionais (híbridos).

As sugestões com relação à melhora dos atendimentos no município, que fechavam as entrevistas, foram: maior número de profissionais atendendo com MAC nos estabelecimentos investigados; ampliação do acesso para todos os bairros; centro especializado para atendimento somente com MAC; maior divulgação do tratamento; agendamento de consultas via *internet* ou telefone. Cabe mencionar que há várias experiências no Brasil de serviços ou centros especializados em MAC, embora pouco estudados. Lima et al.<sup>45</sup> analisando o funcionamento de um desses serviços encontrou que embora haja procura, adesão e relato de satisfação dos usuários, há relativo isolamento da APS e limitação de acesso ao mesmo.

Os participantes também foram questionados com relação ao interesse no atendimento com outras MAC. A homeopatia foi a mais solicitada, por cinco participantes, sendo que dessas três usuárias afirmaram já ter utilizado na APS, porém que os profissionais não estavam mais trabalhando nos CS. As práticas do *reiki*, massagem, auriculoterapia e florais também foram solicitadas. Considera-se importante discutir as perspectivas dos usuários com relação a outras MAC. Sugere-se maior apoio institucional para a oferta de outras práticas de interesse dos entrevistados, articulando as preferências dos usuários com as capacitações ofertadas aos profissionais (e estudantes nos cursos da saúde). O processo de implantação realizado no município<sup>28</sup> poderia ser aprimorado por meio da presença de representantes dos usuários nas oficinas de sensibilização das equipes, realizadas nos CS de saúde que manifestam interesse nas MAC. A inclusão de representantes de usuários ou de membros do conselho municipal de saúde nessa fase poderia favorecer a participação popular nas estratégias e decisões sobre serviços desenvolvidos na comunidade.

Registra-se que uma das limitações do estudo foi o viés de seleção dos usuários, já que os participantes estavam em maioria na continuidade do tratamento com MAC, fato que predispõe e pressupõe uma aceitação e satisfação com a proposta. Por isso, os resultados não podem ser generalizados para o conjunto dos usuários ou para outros municípios. Todavia, a coerência com os poucos estudos com foco aproximadamente similar e a ampla aceitabilidade e uso das MAC no Brasil e no mundo sugere que os resultados acima sejam significativos e adequados para relevante parcela da população, hipótese que merece novas pesquisas.

### **Considerações finais**

Foram encontradas três formas de chegada até as MAC na APS: pela demanda dos usuários, em atividades coletivas e pela oferta dos profissionais, sendo essa última a mais frequente. Apesar da ampliação dessas terapias no município, o acesso dos usuários as mesmas na APS ainda é restrito aos serviços com profissionais capacitados. Sugere-se aos gestores municipais ampliar as capacitações, de modo que um maior número de CS possa fornecer essas práticas. Cabe ressaltar, além disso, a necessidade de maior controle social para direcionar o planejamento de ações que possibilitem uma oferta mais adequada das MAC de maior interesse da população.

Os resultados mostraram que as MAC são bem avaliadas na perspectiva das usuárias entrevistadas. Segundo elas, as mesmas auxiliaram em seus problemas de saúde, além de proporcionarem efeitos secundários benéficos, em alguns casos, como melhora do sono e diminuição das preocupações. A negociação estabelecida entre médico e usuário com relação à escolha terapêutica parece favorecer o diálogo, fator que pode melhorar a relação entre profissionais e usuários.

Encontrou-se a preferência de muitas entrevistadas pelas MAC como primeira opção de tratamento, antes da utilização de medicamentos. Isso sustenta a proposição de uma nova forma de utilização das MAC, que precederia o uso complementar ou alternativo. Essa forma seria inicial e preferencial (em casos não graves), anterior ao tratamento convencional ou mesmo à associação das MAC a medicamentos, supondo aceitação do usuário.

Esses achados são relevantes para o aprimoramento das relações com usuários na APS para melhor resolubilidade e adequação cultural e tecnológica do cuidado ali realizado. Aponta-se a necessidade de

investigações mais amplas sobre a inserção das MAC dentro da APS praticadas pelos profissionais (híbridos) desses serviços, identificando melhor os limites e as possibilidades dessa articulação.

### Referências:

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
2. National Center of Complementary and Alternative Medicine. What is complementary and alternative medicine? [Internet]. Bethesda: NCCAM; 2011[acessado 2012 Abr 05]. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>
3. Luz MT. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec. 2000; p.181-200.
4. Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promoçao/uploadarq/alma-ata.pdf>
5. World Health Organization. The World Medicines Situation 2011 Tradicional Medicines: Global Situation, Issues and Challenges. Genva: World Health Organization, 2011.
6. Nogales-Gaete J. Medicina alternativa y complementaria. Rev Chil Neuro-Psiquiatria. 2004; n.4, p.243-25.
7. Monteiro DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: Representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. Cad. Saúde Pública. 2007; v.23, n.8, p.1903-1912.

8. Spadacio C, Castellanos MEP, de Barros NF, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. *Cad. Saúde Pública*. 2010; v.26, n.1, p.7-13.
9. Salles, SAC, Ayres JRMC. A consulta médica homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2013; 12p.
10. Souza, EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2009; v. 16, n. 2.
11. Levin JS, Jonas WB, editores. *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole; 2001.
12. Tesser CD, BARROS NF. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008; v.42, n.5, p. 914-920.
13. Ministério da Saúde. Portaria no 971/06. Dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS e aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 3 mai.
14. Chung VCH, Ma PH, Hong LC, Griffiths SM. Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: systematic review of qualitative studies. *Plo S one*. 2012; 7(11) e50022,.
15. Jong M, van de vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Education and Counseling*. 2012; v.89, n.3, p.417-422.
16. Shuval JT, Gross R, Ashkenazi Y, Schachter L. Integrating CAM and Biomedicine in Primary Care Settings Physicians' Perspectives on Boundaries and Boundary Work. *Qualitative health research*. 2012; v. 22, n. 10, p. 1317-1329.

17. Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient education and counseling*. 2008; v.70, n. 3, p. 395-402.
18. Frenkel M, Ben Arye E, Carlson C, Sierpina V. Integrating complementary and alternative medicine into conventional primary care: the patient perspective. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*. 2008; v.4, n.3, p.178-186.
19. Barros NF. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.
20. Tesser CD. Práticas Complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; v.25, n.8, p.1732–1742.
21. Andrade JT, Da Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde Soc*. 2010; v.19, n.3, p.497-508.
22. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Revista Saúde e Sociedade*. 2012; v. 21, n. 2, p. 336-50.
23. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; v. 10, suplemento, p.255-266.
24. Sousa IMC, Bodstein RCDA, Tesser CD, Santos FDADS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. saúde pública*. 2012; 28(11), p. 2143-2154.
25. Santanna C, Hennington EA, Junges J. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008; v.12, n.25, p.233-46.



26. Neves LCP, Selli L, Junges R. A integralidade na Terapia Floral e a viabilidade de sua inserção no Sistema Único de Saúde. *Mundo saúde (Impr.)*(1995). 2010; v. 34, n. 1, p. 57-64.
27. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; v.10, n. supl, p. 255-266.
28. Santos MC, Tesser CD. Um método para a Implantação e Promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; v. 17, n.11, p.3011-3023.
29. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:17 27.
30. Strauss A, Corbin J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (2ª. ed.) Porto Alegre: Artmed.
31. Silva EDC, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. *Cad. Saúde Pública*. 2013; v. 29, n. 11, p. 2186-2196.
32. Camargo Jr KR. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
33. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; v. 8, n.1, p.185-208.
34. Helmann CG. *Cultura, saúde e doença*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
35. TESSER CD. (Org.) *Medicinas complementares: o que é necessário saber (Homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura)*. Cap.2. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2010. 226p.

36. McWhinney IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
37. Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *The European Journal of Health Economics*. 2012; 13 (6),769-776.
38. Queiroz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16:363-75.
39. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no século XX. *Physis (Rio J.)* 2005; 15 Suppl:145-76.
40. Andrade JT. Medicina alternativa e complementar: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: UFBA; Fortaleza: EdUECE, 2006.
41. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor- patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Practitioners*.1979; 29:77-82.
42. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWhinney CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 376.
43. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
44. Davis-Floyd R, ST. John G. Del médico al sanador. 1ª ed. Buenos Aires: Creavida, 2004.
45. Lima, KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014; [online].ISSN 1807-5762.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T.; DA COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.497-508, 2010.

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.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Po): Editora Edições 70,2000.

BARROS, N. F. **Medicina complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.

BARROS, N. F., SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.12, dez. 2007.

BORGES M. R; MADEIRA L. M; AZEVEDO V. M. G. O. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital Sofia Feldman. **REME – Rev Min Enferm**. v. 15, n.1 p. 105-13, jan/mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf)>. Acesso em: 10 jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2006a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 10 jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 971, de 06 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PN-PIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 10 jan 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_docredes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf)>. Acesso em: 20, fev, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/bucal/ESB/Portaria\\_n\\_24\\_88\\_21\\_10\\_11.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/bucal/ESB/Portaria_n_24_88_21_10_11.pdf)>. Acesso em: 20, fev, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de apoio a gestão estratégica**: indicadores de saúde. 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BURKE, A.; GINZBURG, K; COLLIE, K; TRACHTENBERG, D; MUHAMMAD, M. Exploring the role of complementary and alternative medicine in public health practice and training. **J Altern Complement Med**, v. 11, n.5, p. 931-936, 2005.

CAMARGO Jr., K. R. **Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.18, n.1,p.5-21. 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, c1982.

CAPRARA A., RODRIGUES J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 9, p. 139-46, 2004.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev Saúde Pública**, n. 30, p.285-93, 1996.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 6, 2003, Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2003.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 7, 2006, Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 13 a 15 de julho de 2006.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 8, 2011, Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 14 a 16 de julho de 2011.

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

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M.. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO

BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Ouro Preto. MG, 2002. **Anais...** Disponível em <[http://empreendetche.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/grupos\\_focais\\_e\\_pesquisa\\_social\\_qualitativa\\_o\\_debate\\_orientado\\_como\\_tecnica\\_de\\_investigacao.pdf](http://empreendetche.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/grupos_focais_e_pesquisa_social_qualitativa_o_debate_orientado_como_tecnica_de_investigacao.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

DANTAS, C.C, et al. Teoria Fundamentada nos Dados – aspectos conceitos e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.17 n.4, 2009.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa** – Teorias e Abordagens. Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

DI STASI, L. C. **Plantas medicinais: verdades e mentiras**, o que os usuários e os profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP, 2007. 133p.

EASTWOOD, H. Postmodernisation, consumerism and the shift towards holistic health. **Journal of Sociology**, n.36, p. 133-135, 2000.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuário. **Ciê. Saúde Coletiva**, n.10, suplemento, p.303-312, 2005.

ESTRELA, W.L. **Integralidade no cuidado nas medicinas naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Portaria/SS/Gab/ n° 010/2010**. Nomeia a Comissão de Implantação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial do Município de Florianópolis, 16 de março de 2010. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/16\\_03\\_2010\\_15.32.12.a61c718b46ac622e2d88ba1e85be5552.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/16_03_2010_15.32.12.a61c718b46ac622e2d88ba1e85be5552.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2012.

FONTANELLA, F.; SPECK, F. P.; PIOVEZAN A. P.; KULKAMP, I. C. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arq Catarin Med.**, v.36, n.2, p.69-74, 2007.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. O Ensino da Homeopatia e a prática no SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n. 25, p.247-66, abr./jun. 2008.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GENTIL, L. B.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suplemento 1, p. 1293-1299, 2010.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 205-218, 2005.

GIRALDI, M; HANAZAKI, N. Uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, Florianópolis, SC, Brasil. **Acta Bot. Bras.** v. 24, n. 2, p. 395-406, 2010.

GOMES, M. E. S.; BARBOSA, E. F. A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos. **Revista Educativa**. p.1-7, fev. 1999. Disponível em:  
<[http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco\\_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D\\_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf](http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

HALAL, I. S et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidades urbanas na região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, n. 28, p.131-6, 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HILL, F. J. Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion? **Health Promotion International**, v.18, n.3, p.265-272, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Florianópolis. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

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

JONG, M. et al. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? **Patient Education and Counseling**, v.89, n.3, p.417-422, 2012.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, v.18, n.3, p.459-66, 2010.

LUFF, D; THOMAS, K. Getting somewhere, feeling cared for: patient perspectives on CAM. **Complementary Therapies in Medicine**, n.8, p.253-59, 2000.

LUZ, M. T. 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.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 181-200.

LUZ, M. T; BARROS, N. F. (Orgs.). **Racionalidades Médicas e práticas integrativas e saúde**. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/Abrasco; 2012.

MARQUES, L. A. M. et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por



parte da população são joanense. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011.

MARTINI, J. G; BECKER, S. G. A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturietes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.3, p. 589-94, jul-set., 2009.

MELGAREJO L. M. V. Sobre el concepto de percepción. **Alteridades**; v. 4, n.8, p.47-53, 1994.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 185-208, 2003.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MONTEIRO, D. A.; IRIART, J. A. B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1903-1912, ago. 2007.

MS (Ministério da Saúde), 1986. *8a Conferência Nacional de Saúde – Anais*. Brasília: MS.

NAVOLAR, T. S. **A Interface entre a nutrição e as práticas integrativas e complementares no SUS**. 223 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, 2010.

NCCAM - NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. **What is complementary and alternative medicine?** 2011. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>. Acesso em: 05 abr. 2012.

NEVES, L. C. P; SELLI, L.; JUNGES, R. A integralidade na Terapia Floral e a viabilidade de sua inserção no Sistema único de Saúde. **O Mundo da Saúde**. v. 34, n.1, p. 57-64, 2010.

NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. **Rev Chil Neuro-Psiquiatria**, n.4, p.243-25, 2004.

NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JUNIOR., 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.

NORMAN, A.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE.  
**Declaração de Alma-Ata:** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em:  
<<http://www.opas.org.br/promoçao/uploadarq/alma-ata.pdf>

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE.  
**Orientações estratégicas e programáticas:** 1995-1998. Washington, D.C., 1995 . (Documento Oficial, 269).

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

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D .S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n.19, p.27-34, 2003.

SALLES, S. A. C.; AYRES, J. R. C. M. A consulta médica homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 12p. abr. 2013.

SANTANNA C, HENNINGTON EA, JUNGES JUNIOR. Prática médica homeopática e a integralidade. **Interface Comun Saúde Educ**, v.12, n.25, p.233-46, 2008.

SANTOS, J. R., ZANELATTO, P. F., BARBOSA, M. A., MEDEIROS, M. A utilização da homeopatia associada a outras terapias para o tratamento de doenças crônicas. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n.1, 2009.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a Implantação e Promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p.3011-3023, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

SANTOS, M. C. **Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/ SC: implantação, cogestão e educação permanente em saúde.** 2012. 132p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva, Florianópolis, 2012.

SAYD, J. D. Novos Paradigmas e Saúde. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.113-121,1999.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA R. C. D. Estratégia saúde da família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória/ES. **Ciência Saúde Coletiva**, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, D. C. D. E. **Acupuntura no sistema único de saúde de Florianópolis e medicalização social: um estudo sobre a experiência dos usuários.** 84 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2012.

SOARES, J. C. R. S.; CAMARGO JUNIOR, K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.11, n.21, p.65-78, 2007.

SOUSA, I. M. C **Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na Atenção Primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação.** 2013. 130p. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, suplemento, p.255-266, 2005.

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 .

SPADACIO, C. et al. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.1, p.7-13, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

STRAUSS, A, CORBIN, J. (2008). **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** (2ª. ed.) Porto Alegre: Artmed.

TEIXEIRA, Z. M. A ciência das formas peculiares de curar. **Jornal da USP**, São Paulo, v.20, n. 718, 2005. Disponível em: <<http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2005/jusp718/pag0405.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2012.

TESSER, C. D, SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 336-50, 2012.

TESSER, C. D. Práticas Complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1732 –1742, 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**; v.42, n.5, p. 914-920, out. 2008.

TESSER, C. D; LUZ, M. T. Racionalidades Médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13 n.1, p.195-206, 2008.

TESSER, C. D. (Org.) **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

THIAGO, S. de C. S. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis**. 147 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2009. Disponível em:  
<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92389/273203.pdf?sequence=1>>

VASCONCELOS E. M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS E.M. (org). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006. p.13-160.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Medicines Situation 2011 Tradicional Medicines: Global Situation, Issues and Challenges. Genva: World Health Organization, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005*. Geneva, 2002. Disponível em:  
<[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2013.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**PESQUISA: “Medicinas Alternativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Perspectiva de usuários em Florianópolis/SC”**

**Instituições:** Departamento de Saúde Pública-UFSC; Secretária Municipal da Saúde de Florianópolis.

Prezado Participante

Estamos convidando você para participar de uma pesquisa sobre as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) que são popularmente conhecidas como: (tratamentos não convencionais, ou naturais como: acupuntura, plantas medicinais, sementinha etc) oferecidas nos Centros de Saúde do município de Florianópolis. Como você foi atendido com uma dessas práticas, você já foi selecionado (a) para participar dessa pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo saber qual a sua opinião, como usuário, a respeito dessas terapias ofertadas nos centros de saúde a partir da sua experiência com o tratamento. Ela servirá para melhor entender o ponto de vista do usuário sobre o assunto e poderá auxiliar para uma oferta mais adequada desses serviços.

A sua colaboração é importante e se você aceitar participará de uma entrevista, que poderá ser gravada se houver o consentimento, 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 você preferir.

O dia, horário e local para a realização da entrevista serão combinados, de modo que não atrapalhe seus afazeres, em local de fácil acesso e próximo a

sua casa. Sendo assim não são previstos custos nem ressarcimentos para a sua participação. Os riscos da sua participação são pequenos e estão relacionados a possibilidade de exposição emocional ou constrangimento perante a pesquisadora, não há previsão de indenização diante dessas circunstâncias.

Você terá a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre todos os procedimentos relacionados com a pesquisa em qualquer momento; a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa, nem ao seu tratamento ou a sua relação com o Serviço de Saúde Municipal de Florianópolis.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revistas, relatórios, apresentações em eventos científicos ou outra forma de divulgação, sem colocar quaisquer nomes. Deste modo, garantimos sigilo e confidencialidade dos dados decorrentes da sua participação.

Se você concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará com você e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

---

**Assinatura do entrevistado**

---

**Amanda Faqueti**  
**Mestranda/pesquisadora**  
Fone de contato: (47)84414717  
Email: [amandaf\\_fdj@yahoo.com.br](mailto:amandaf_fdj@yahoo.com.br)

---

**Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser**  
**Pesquisador responsável**  
Fone de contato: (48) 91130190  
Email: [charles@ccs.ufsc.br](mailto:charles@ccs.ufsc.br)



## **APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA:**

### **1 - Identificação**

Nome:

Bairro de residência:

Data de Nascimento:

Ocupação:

Religião ou crença:

### **2- MAC utilizadas**

Disponibilização de imagens impressas, abertura e familiarização com o tema

Utilização no âmbito familiar ou profissional das MAC demonstradas nas imagens

Terapias utilizadas na unidade básica de saúde

Interesse de utilização de alguma das terapias visualizadas ou outras

### **3- Chegada ao tratamento**

Formas de chegada ao atendimento: oferta do profissional, procura, encaminhamento entre outras.

### **4- Utilização das MAC**

Motivos para a utilização das MAC

Formas de utilização: alternativa ou complementar ao tratamento convencional

Resultados obtidos com o tratamento (para o principal problema e/ou melhoria de outros aspectos)

Diferenças entre as MAC e o tratamento convencional

### **5- Formas de organização do cuidado**

Atendimento com MAC por especialistas ou de forma integrada ao tratamento convencional

### **6- Críticas e Sugestões**

Críticas com relação as MAC ou ao atendimento

Sugestões relacionadas ao acesso, forma de organização e/ou MAC de interesse