Nuñez, Helena Maria Fekete

Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do DA -71 Santo Amaro, São Paulo/ Helena Maria Fekete Nuñez. - São Paulo: H.M.F. Nuñez, 2002. 152 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.

I. Título II. Enfermagem Holística III. Terapias alternativas
IV. Promoção da saúde V. Pesquisa em enfermagem

DEDICATÓRIA

Algumas pessoas tornam-se heróis contra sua própria vontade, mesmo que elas tenham idéias realmente revolucionárias mas, muitas vezes, não a reconhecem como tais, ou não acreditam no seu próprio potencial. Divididas entre enfrentar sua própria insegurança expondo suas idéias à opinião dos outros, ou manter-se na defensiva, elas preferem a segunda opção. O mundo está cheio de poemas e teorias escondidas no porão. Nicolau Copérnico é talvez o mais famoso desses relutantes heróis da História da Ciência. Ele foi o homem que colocou o Sol de volta no centro do Universo, retornou às idéias Pitagóricas, que levou ao modelo heliocêntrico de Aristarco, dezoito séculos antes de Copérnico. Seu pensamento reflete o desejo de reformular as idéias cosmológicas de seu tempo apenas para voltar ainda mais no passado; Copérnico era sem dúvida um revolucionário conservador. Ele jamais poderia ter imaginado que ao olhar para o passado estaria criando uma nova visão cósmica, que abriria novas portas para o futuro.

Marcelo Gleiser

Aos meus queridos pais, János e Helene que me deram a oportunidade de nascer e crescer no ninho familiar que me permitiu desabrochar o potencial para cumprir minha missão de vida: ser mulher, enfermeira, companheira e mãe.

Ao meu marido Paulo, que há 21 anos sempre presente na minha vida, me encorajou com seu apoio e carinho para escalar esta jornada com amor e alegria.

Aos nossos cinco abençoados filhos: Paul János, Helene Marie, Stephanie, Diana e Caroline, pelo carinho, paciência, alegria e compreensão por todo este tempo que dediquei a esta investigação.

AGRADECIMENTOS

Nestes anos de estudo, muitas pessoas me auxiliaram a conseguir esta meta. Muitos me ensinaram a caminhar com paciência, perseverança, ritmo, humildade e dedicação, disciplinando e desenvolvendo o pensamento científico.

Em especial quero agradecer:

- À CAPES e CNPq pelo apoio financeiro com a qual seria inviável terminar este trabalho.
- À Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak, por aceitar ser minha orientadora, pela competência, prontidão, dedicação e amizade.
- A todos os docentes e profissionais do Departamento ENS e que auxiliaram a realizar esta pesquisa.
- À Profa. Dra. Emiko Egry por suas aulas e pelas orientações imprescindíveis.
- Ao Prof. Dr. Jair Licio Ferreira dos Santos, da Faculdade de Saúde Pública pela segura orientação estatística e pela prontidão e disponibilidade.
- À Profa Dra. Maria Júlia Paes amiga e colega de graduação, pelo carinho, com que me aconselhou sempre que necessitei e pelos conselhos no exame de Qualificação.
- À Profa Dra. Maria de Fátima Prado Fernandes pelo apoio, orientação e conselhos dados na Qualificação.
- À Profa Dra. Taka Oguisso, pela amizade e pelos sábios conselhos que embasaram muitos dos meus conhecimentos.

- Aos colegas pós-graduandos que compartilharam com entusiasmo, seu pensar, sentir e fazer enriquecendo assim as disciplinas cursadas.
- A Dra Suzana Penteado, diretora do NEPI do DA-71 que com presteza, forneceu informações necessárias para a pesquisa.
- À Maria Cristina Coelho Caiuby, psicóloga de formação, enfermeira de coração, pelo seu apoio e amizade.
- Aos diretores das unidades que prontamente deram seu consentimento para o prosseguimento da pesquisa.
- Às enfermeiras e ao enfermeiro das unidades de saúde do DA-71, por consentirem em participar e em preencher os questionários com prontidão e eficácia.
- Ao Milton Scarlati, sábio psicólogo, pesquisador e cientista, que em 8 anos de vivências terapêuticas de grupo, com relaxamento, visualização, bioenergética, quebra de corações, me ajudou no caminho do meu auto conhecimento.
- Aos amigos conselheiros: Judith Ürményi, Dom Emílio Jordán (in memoriam) pelo incentivo e apoio em vivenciar e incentivar a estudar as terapias alternativas/complementares.
- Aos profissionais da Clínica Cristophorus, em, especial Dr. Alexandre Eduardo Nowill que me ensinou a ver o paciente sob a luz da Antroposofia, apoiou a minha formação na Formação de Aconselhamento Biográfico, nos anos de 1999 e 2000 e à auxiliar de enfermagem Juliana Petres, que sempre esteve presente, na continuidade do atendimento aos pacientes, quando mais precisei estar ausente para estudar.
- À Dra Gudrun Burkhard, médica pioneira da Medicina Antroposófica no Brasil, pelo carinho, amizade e incentivo em transmitir seus conhecimentos sobre a Antroposofia, em dois anos de convivência, na Formação Biográfica
- Às terapeutas holísticas: Angela Hosse, com quem aperfeiçoei o Reiki, Virgínia Reis que com seu acolhimento, sabedoria e intuição, muito me ensinou e auxiliou no reequilíbrio dos chakras, pelas

práticas físicas meridianas, auriculopuntura, moxabustão, aromaterapia, cromoterapia e Reiki.

- Ao Dr Gábor Fonai, médico acupunturista, pela orientação e transmissão de seus conhecimentos.
- Ao Janos Fekete, meu irmão, pelo carinho e auxílio na organização dos dados.
- A todos os funcionários da Biblioteca desta Escola, em especial Nadir Aparecida Lopes que muito auxiliou na revisão bibliográfica.
- Ao Estêvão André Cabestré Gamba, pela prontidão em revisar os aspectos da informática .
- À Isa Stöber, pela amizade, carinho e prontidão em fazer a revisão do português.
- E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa, minha profunda gratidão.

***“O Senhor é o meu pastor, nada me falta”...
(Salmo 23)***

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E SÍMBOLOS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. ORIGEM E SIGNIFICADO DESTE ESTUDO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS/ COMPLEMENTARES	8
2.1. TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES NA SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA ENFERMAGEM	38
3. OBJETIVOS	52
4. MATERIAL E MÉTODOS	53
4.1. CENÁRIO DE ESTUDO	53
4.2. POPULAÇÃO	62
4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	64
4.4. COLETA DE DADOS	65
4.5. TRATAMENTOS DOS DADOS	67
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	70
5.2. O SABER E O FAZER DAS ENFERMEIRAS FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES	84
5.2.1.O SABER DAS ENFERMEIRAS FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES	84
5.2.2.O FAZER DAS ENFERMEIRAS FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES	95
5.2.3.EXPRESSÕES E EXPECTATIVAS ACERCA DAS TA/C	118
6. CONCLUSÕES	130
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
8. ANEXOS	136
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

TABELA 1:	RELAÇÃO DAS RELIGIÕES, ESCOLAS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÕES DAS ENFERMEIRAS DO DA-71 QUANTO À SUA ORIGEM. SÃO PAULO – 2001	72
TABELA 2:	RELAÇÃO DO NÚMERO DE PÓS GRADUAÇÕES POR ENFERMEIRAS DO DA-71 E A SUA ORIGEM. SÃO PAULO – 2001.....	78
TABELA 3:	RELAÇÃO DAS ESCOLAS DE ORIGEM E DO TEMPO EM ANOS, DA FAIXA ETÁRIA, FORMATURA, ATUAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO E NO SERVIÇO ATUAL DAS ENFERMEIRAS DO DA-71. SÃO PAULO - 2001.....	80
TABELA 4:	O SABER DAS ENFERMEIRAS DO DA – 71 - FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES. SÃO PAULO – 2001.....	86
TABELA 5:	O FAZER DAS ENFERMEIRAS DO DA-71 FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES SÃO PAULO - 2001.	98
QUADRO 1:	RELAÇÃO DA UNIDADES DE SAÚDE DO DA 71 E TOTAL DE ENFERMEIRAS LOTADAS NAS RESPECTIVAS UNIDADES . SÃO PAULO - 2001.....	61
QUADRO 2:	PRÁTICAS DE TA/C DAS ENFERMEIRAS DO DA – 71, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE HILL E LOCAL DE GRADUAÇÃO SP-2001.	101
QUADRO 3:	RELAÇÃO DE GRUPOS DE TA/C NA CLASSIFICAÇÃO DE HILL E TOTAL DE ENFERMEIRAS DO DA-71 QUE AS APLICAM SÃO PAULO – 2001	104
QUADRO 4:	RELAÇÃO DAS TA/C UTILIZADAS PELAS ENFERMEIRAS APRESENTADAS POR BARBOSA (1994) SOUZA (1999) E DO DA-71 (2001)	109
FIGURA 1:	MAPA DOS 96 DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO –2001	56
FIGURA 2:	MAPA DO DISTRITO ADMINISTRATIVO –71 SANTO AMARO – 2001.	57

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Relação do Tempo (em anos) de Formatura, Serviço Público e na Unidade de Saúde atual da enfermeiras do DA- 71. São Paulo – 2001.	82
GRÁFICO 2:	O saber das enfermeiras do DA-71 em relação às terapias alternativas/Complementares . São Paulo- 2001.	90
GRÁFICO 3:	O saber das enfermeiras do DA-71, graduadas em EEPú em relação às terapias alternativas/ complementares. São Paulo – 2001.	90
GRÁFICO 4:	O saber das enfermeiras do DA-71, graduadas em EEPr em relação às terapias alternativas/ complementares. São Paulo – 2001.	91
GRÁFICO 5:	O saber das enfermeiras do DA- 71 e as terapias alternativas/complementares. São Paulo- 2001	96
GRÁFICO 6:	O fazer das enfermeiras do DA- 71 e as terapias alternativas/complementares . São Paulo- 2001	96
GRÁFICO 7:	O fazer das enfermeiras do DA- 71 em relação às terapias alternativas/complementares . São Paulo- 2001	98
GRÁFICO 8:	O fazer das enfermeiras do DA- 71, graduadas em EEPú em relação às terapias alternativas/ Complementares . São Paulo- 2001	98
GRÁFICO 9:	O fazer das enfermeiras do DA- 71, graduadas em EEPr em relação às terapias alternativas/ Complementares . São Paulo- 2001	99
GRÁFICO 10:	TA/C que as enfermeiras do DA-71 aplicam em si mesmas. São Paulo-2001	105
GRÁFICO 11:	TA/C que as enfermeiras do DA-71 aplicam em seus familiares. São Paulo - 2001	106
GRÁFICO 12:	TA/C que as enfermeiras do DA-71 aplicam em usuários/clientes.São Paulo - 2001	106
GRÁFICO 13:	TA/C que as enfermeiras do DA-71 aplicam em funcionários. São Paulo - 2001	107
GRÁFICO 14:	TA/C que as enfermeiras do DA-71 aplicam em outros. São Paulo-2001	107
GRÁFICO 15:	Grupos das TA/C segundo Hill e número de vezes que as enfermeiras do DA- 71 mencionaram aplicar. São Paulo – 2001.	108

LISTA DE ABREVIATURA, SIGLAS E SÍMBOLOS

D.A.	Distrito Administrativo
D.S.	Distrito de Saúde
TA/C	Terapias Alternativas e/ou Complementares
EEPú	Escola de Enfermagem Pública
EEPr	Escola de Enfermagem Privada
SP cap	São Paulo capital
SP int.	São Paulo interior
Out.est.	outro Estado, além de São Paulo.
EE	Escola de Enfermagem
PG	Pós Graduação
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo(SPcap)
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais(MG)
UFPA	Escola de Enfermagem Magalhães Barata do Pará (PA)
UFBA	Universidade Federal de Bahia(BA)
UFPB	Universidade Federal de Paraíba (PB)
FAE	Faculdade de Enfermagem Adventista (SPcap.)
EESJ	Escola de Enfermagem São José,(SP.cap.)
FESC	Faculdade de Enfermagem São Camilo (SPcap.)
FIG	Faculdades Integradas de Guarulhos (SP.cap.)
FEBM	Faculdade de Enfermagem Barão de Mauá- Ribeirão Preto (SP.int.)
EEWB	Escola de Enfermagem Wenceslau Brás-Itajubá (MG)
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PMS	Prefeitura Municipal de São Paulo
DOM	Diário Oficial do Município
DS	Distrito de Saúde
DA	Distrito Administrativo
NEPI	Núcleo de Epidemiologia de Pesquisa e Investigação
ARS 9	Administração Regional –9
PAS	Plano de atendimento à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
CR	Centro de Referência
HD	Hospital Dia
AE	Ambulatório de Especialidades
SOBRATEN	Sociedade Brasileira de Enfermagem em Terapias Naturais
ABMC	Associação Brasileira de Medicina Complementar
ABMA	Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
MaA	Medicina Ampliada pela Antroposofia
ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
SMBA	Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura
SINTE	Sindicato Nacional dos Terapeutas Holísticos

RESUMO

Nuñez HMF. Terapias alternativas/ complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do Distrito Administrativo 71-Santo Amaro- São Paulo. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem USP; 2002.

Um novo paradigma - Holístico - vem revolucionando diversos campos do saber, especificamente na área da saúde, integrando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais do ser humano e oferecendo fundamentos para o conhecimento e aplicação das terapias alternativas/ complementares (TA/C). Considerando a importância do enfermeiro no desenvolvimento das ações integrais da saúde, a autora fez um estudo exploratório prospectivo, com o objetivo de verificar o saber e o fazer das enfermeiras que atuam nas unidades municipais de Saúde do Distrito Administrativo 71 Santo Amaro - São Paulo, frente às TA/C. Aplicou questionário semi-estruturado, no período de junho a agosto de 2001, para todos os 18 enfermeiros, lotados em nove Unidades de Saúde. Numa abordagem quanti-qualitativa, analisou o perfil das enfermeiras e mostrou fatores que influenciam o saber e o fazer em terapias alternativas/ complementares; também apontou que existe uma grande aceitação e credibilidade por parte dos enfermeiros (89%), porém o escasso conhecimento do respaldo legal (22,2%) e cursos ou especializações nesta área (5,5%) restringem a sua prática. Cerca da metade dos enfermeiros (44,4%) busca para si mesma alguma prática, porém apenas 11,1% as aplica nos usuários/ clientes das unidades de saúde. A autora desvendou as percepções dos enfermeiros quanto à conceituação, facilidades e dificuldades institucionais e pessoais relativas às práticas, e considerou que há necessidade de se buscar novos saberes como opções de assistência à promoção da saúde da população.

Palavras chaves: Enfermagem Holística; Terapias alternativas; Promoção da saúde; Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

Nuñez HMF. Alternative or complementary therapies: knowledge and action of the nurses at the 71st Administrative District - Santo Amaro, São Paulo. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem USP; 2002.

A new paradigm - Holistic - is revolutionizing many fields of knowledge and, specifically at the health area, is integrating the physical, psychological, social and spiritual aspects of human being, offering foundations for the alternative or complementary therapies knowledge. Considering the nurse's importance for the development of health integral actions the author made an exploratory study aiming to identify the knowledge and action of the nurses that work at São Paulo's 71st Administrative District - Santo Amaro, regarding the alternative and complementary therapies submitting semi-structured questionnaires on July and August, 2001 to all eighteen nurses that worked at nine healthcare units. In a quantitative and qualitative approach the nurse's profile was analyzed and the factors that have influence on the knowledge and the doing on alternative or complementary therapies were showed. It also indicated that there's a great acceptance and credibility toward these techniques by the nurses (89%), but the little knowledge of legal support (22,2%) and specific courses or training available in this field (5,5%) limits its usage. Around half of the nurses (44,4%) searches for themselves some application but only 11,1% will be applying them on the users or clients at the healthcare units. The author unveiled the nurse's perception toward the conceptuae evolution, institutional and personal support and difficulties related to these practices and concluded that there's a need to search for additional knowledge to expand new assistential options for the population's health promotion.

Keywords: Holistic Nursing; Alternative Therapies; Health Promotion, Research on Nursing.

1. INTRODUÇÃO

1.1. ORIGEM E SIGNIFICADO DESTE ESTUDO

Na época de minha formação profissional, na década de setenta, pouco se falava sobre tratamentos alternativos em relação à medicina tradicional, também conhecidos como tratamentos não convencionais ou complementares; ainda hoje, as Escolas de Enfermagem, tradicionalmente, estão voltadas para o ensino com maior enfoque na assistência hospitalar, onde a intervenção é alopata.

Durante os dezesseis anos de atuação profissional, que se seguiram à minha formatura, situados no período de 1980 a 1996, trabalhei numa clínica médica e de endocrinologia em São Paulo. Atuava como enfermeira-assistente, fazendo anamnese dos clientes, na sua maioria mulheres que tinham nível sócio- econômico elevado e escolaridade de II e III graus completos, em tratamento para o climatério, tireopatias, obesidade, depressão, hipertensão, diabetes, gota, insônia, stress e muitas outras doenças crônicas e agudas. Os clientes faziam todos os exames laboratoriais sanguíneos e exames complementares com periodicidade, e eram medicados, para melhora do quadro sintomático: em caso de hipertensão, era receitado hipotensor, para excesso de peso - anorexígenos; para depressão - antidepressivos; para retenção hídrica - diuréticos; para hipotireoidismo - hormônios da tireóide, e assim por diante. Nos retornos, os medicamentos eram alterados ou suspensos de acordo com a necessidade.

Durante a anamnese, algumas das pacientes relataram que faziam outras terapias para “ajudar na saúde”: psicoterapias, relaxamentos, yoga, rolfing, acupuntura, bioenergética, programação neurolingüística, fitoterapia, musicoterapia, florais e/ou cromoterapia. Outras se tornaram vegetarianas, macrobióticas, ou complementavam seu tratamento com medicina ortomolecular. Todas estas pacientes referiam melhora do seu estado geral com essas terapias.

Naquela época, esses relatos não me chamavam a atenção; somente a partir de 1982, comecei a dar mais importância às terapias não convencionais.

Tive a oportunidade, sob orientação de um excelente obstetra de origem nipônica, de me submeter ao parto normal, sem anestesia, no nascimento de minha segunda filha, com o objetivo de uma recuperação pós-parto mais natural e de uma resposta, por parte da recém-nascida, de sucção mais vigorosa no aleitamento materno. Assim se sucedeu com o terceiro, o quarto e o quinto partos, estes últimos de gestação gemelar.

Em 1992, participei de um grupo terapêutico onde comecei a vivenciar muitas das terapias que aqueles pacientes do consultório relataram: bioenergética, relaxamento, visualização, energização, programação neurolingüística, com o objetivo de buscar o autoconhecimento e reequilíbrio de minhas energias, para “trabalhar” conscientemente os conteúdos que emergiam nessas vivências. Como consequência do meu processo de autoconhecimento, tornei-me mais capaz de agir por mim mesma. Freqüentei semanalmente esse grupo por oito anos. Também consultei

outros profissionais com enfoque em florais de Bach, homeopatia, antroposofia, fitoterapia, toque terapêutico, reequilíbrio de *chakras* e programação neurolingüística.

Concomitantemente, iniciei meu trabalho no Serviço Público Municipal de Saúde, como enfermeira de unidade básica, na cidade de São Paulo, na região de Santo Amaro, Administração Regional de Saúde-9 (ARS 9), onde percebi que a forma como eram conduzidas as consultas e tratamentos não diferia do enfoque dado no consultório que atendia a classe mais abastada. Percebi, então, que apenas a medicina tradicional não resolvia o problema de muitos pacientes, principalmente aqueles portadores de doenças crônicas e degenerativas.

Em 1998, prestei serviços de enfermagem numa clínica formada por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicóloga, nutricionista, biógrafas antroposóficas, terapeutas corporais, onde os pacientes, na grande maioria oncológicos, imunodeprimidos ou portadores de doenças autoimunes, recebiam, além de tratamentos convencionais, tratamentos complementares, como homeopáticos, antroposóficos, fitoterápicos, imunoterápicos, toque terapêutico, Reiki, desbloqueio e alinhamento dos *chakras*, terapia artística, euritmia curativa, relaxamento, visualização, troca de vivência em grupo, meditação e trabalho biográfico antroposófico. Estes tratamentos visavam a torná-los mais conscientes e colaboradores na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Quando a patologia estava em fase avançada, a equipe auxiliava o paciente a enfrentar e aceitar uma "boa morte".

Com essa complexidade de tratamentos, vi muitos resultados positivos, onde o sofrimento dos pacientes era atenuado e as melhoras clínica, psíquica, emocional e espiritual aceleradas.

Vários autores relatam como estas terapias auxiliam nesse processo. Krieger (1997), por exemplo, refere que, com a aplicação do Toque Terapêutico, podemos ajudar os fluxos de energia vital do paciente a trabalharem harmoniosamente para o aumento de sua vitalidade, remoção de bloqueios, alívio da dor e outros, que reforçam a mudança de estados doentes de comportamento, intensificando seu processo de cura.

Panizza apud Gonsalves (1996) refere que a Fitoterapia trata das várias enfermidades que afligem nosso povo e que sua utilização faz parte da cultura, como resultado das experiências de gerações passadas, transmitidas por meio de aprendizagem consciente e inconsciente.

Silva, Gimenes (1999) afirmam que "o paradigma emergente, também chamado de holístico, evita tratar de forma isolada o processo saúde-doença, que tende a ser visualizado com um *continuum*, em que a saúde deixa de ser um estado estático de perfeito bem-estar, subentendendo-se mudanças contínuas aos desafios ambientais e ao equilíbrio dinâmico do organismo, que envolve aspectos físicos, psicológicos, mentais, sociais e espirituais."

A Organização Mundial de Saúde define a promoção da saúde como "um processo de capacitação das pessoas para que tenham maior controle dos fatores determinantes da saúde" e, portanto, melhora. Inclui estratégias que permitem que as populações permaneçam saudáveis e escolham

melhores opções. O processo de promoção da saúde leva as populações a serem agentes de sua saúde, mediante suas próprias ações e opções. Como os fatores determinantes da saúde são múltiplos, sua promoção necessita da colaboração da comunidade, dos profissionais de saúde e de outros setores. Promoção e formação da saúde têm praticamente o mesmo significado, porém o alcance da promoção da saúde vai muito além e compreende intervenções políticas e sociais, destinadas a mudar as políticas e serviços e promover a responsabilidade social da saúde. (ICN,2000).

As terapias e práticas alternativas/complementares reforçam o sentimento de que muitas delas são ações para promoção da saúde: baratas, fáceis de aplicar, ao alcance de muita gente, e que poderiam ser aplicadas em grande escala nas unidades de saúde, dando mais opções de tratamentos, além do convencional alopático, medicamentoso, incorporando, inclusive, o saber do usuário.

Para Bendazolli (2000), os fitomedicamentos (ou fitoterápicos) oferecem uma alternativa muito importante à sociedade. Ao mesmo tempo que resgatam tradições que atualmente tendem a desaparecer, representam uma possibilidade de medicamentos a um custo menor do que os sintéticos.

O uso de plantas medicinais pela população mundial tem sido muito significativo nos últimos tempos. Dados da *Organização Mundial de Saúde* (OMS) mostram que cerca de 80% da população mundial fez o uso de algum tipo de erva na busca de alívio de sintomatologia dolorosa ou desagradável. Desse total, pelo menos 30% deu-se por indicação médica. A utilização de plantas medicinais tem, inclusive, recebido incentivos da própria OMS. São

muitos os fatores que vêm colaborando no desenvolvimento de práticas de saúde que incluam plantas medicinais, principalmente econômicos e sociais. (Almeida RL,2000).

Alguns métodos de Fitoterapia, pelo baixo custo e por serem acessíveis a toda população, poderiam ser usados em unidades básicas de saúde, onde se trabalha principalmente com grande população, com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. Para a enfermeira que tem mais contato com a população, é mais uma "ferramenta de trabalho", desde que tenha conhecimentos fundamentados para aplicá-los.

Segundo Capra (1993), a assistência primária aos pacientes vem sendo hoje realizada por enfermeiras que se encontram na vanguarda do movimento holístico de saúde, e estão aptas a fornecer educação e o aconselhamento necessários à saúde e a avaliar a dinâmica da vida dos pacientes, o que pode servir de base para a assistência sanitária preventiva.

As enfermeiras podem ajudar as pessoas a desenvolverem capacidades pessoais que aumentem as possibilidades de cada um controlar sua saúde e fazer opções saudáveis; também podem influenciar para que se prestem serviços de promoção à saúde em populações mais vulneráveis, como os pobres, idosos, incapacitados e grupos minoritários, além de influir para que os serviços de saúde se atualizem, centrando-se na prevenção primária e na promoção da saúde (ICN, 2000).

Será que no Serviço Público, onde se faz principalmente atendimento primário à população, a enfermeira tem conhecimento de terapias e práticas alternativas/complementares que podem promover uma qualidade de vida

melhor aos usuários, e as aplica? Será que dietoterapias, fitoterapias, relaxamento, toque terapêutico e tantas outras terapias fazem parte do conhecimento e da ação das enfermeiras nas unidades de saúde? Essas indagações acompanham-me há anos, e despertaram interesse em desenvolver o presente estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES

A medicina convencional hipocrática surgiu de uma antiga tradição grega. Naquela época, o processo de cura era considerado essencialmente um fenômeno espiritual e estava associado a muitas deidades. Dentre elas estava Hygieia, a deusa que velava pela manutenção da saúde, personificando a sabedoria, segundo a qual as pessoas seriam saudáveis se vivessem sabiamente. Panakia ("panacéia"), irmã de Hygieia, enfocava o conhecimento dos remédios, derivados das plantas ou da terra. A busca de uma panacéia, ou cura para todos os males, tornou-se um tema dominante na moderna ciência biomédica, que freqüentemente oscila entre os dois aspectos da assistência à saúde, simbolizado pelas duas deusas: a prevenção e a terapia.

Hipócrates reconheceu as forças curativas inerentes aos organismos vivos - "o poder curativo da natureza". O papel do médico consistia em ajudar essas forças naturais, mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo de cura. Esse é o significado original da palavra "terapia", que deriva do grego *therapeuin* ("dar assistência", "cuidar de"), definindo o papel do terapeuta como o de um assistente para o processo de cura natural. A tradição hipocrática, com sua ênfase na inter-relação fundamental corpo, mente e meio-ambiente, representa um ponto alto da

filosofia médica ocidental, que exerce tanta atração em nosso tempo quanto há 2500 anos (Capra, 1993).

O modelo mecanicista newtoniano da Física foi expandido pela visão einsteiniana da Física Quântica; os seres humanos passam a ser vistos não mais apenas como máquinas, e sim, como campos de energia que se interpenetram e se influenciam reciprocamente. Com esse conceito, a medicina convencional já usa emissões radioativas para tratamentos de câncer, eletricidade para deter a dor, campos eletromagnéticos para acelerar a cura de fraturas. Ele também chama a atenção para o fato de que a ciência está desenvolvendo rapidamente novas tecnologias de formação de imagens, tais como a tomografia computadorizada e a formação de imagens por ressonância magnética, que proporcionam ao médico novas janelas para o conhecimento da estrutura e função do cérebro e do corpo (Gerber, 1988).

Estamos em uma época que o nosso raciocínio precisa se adequar aos novos conhecimentos da intimidade da matéria. A abordagem da física newtoniana do homem como máquina, deve ceder espaço para a abordagem do homem integrado à natureza da qual ele faz parte. Os átomos com todos os seus subníveis de energia são os constituintes de toda matéria existente no universo, incluindo a biológica. Este mundo completamente novo e inexplorado, queiramos ou não, existe e está interagindo com a nossa biologia (ABMC, 2001)

Gerber (1988) introduziu na medicina convencional um sistema de pensamentos que estuda o funcionamento do corpo humano a partir de uma perspectiva que considera ser ele constituída por múltiplos sistemas

energéticos que se influenciam reciprocamente. Ele refere que nossos pensamentos e emoções afetam nossa fisiologia e que terapias simples, como ervas, água, essências florais, por exemplo, podem ser agentes de cura muito eficazes. Na medicina vibracional, procura fazer um elo entre a ciência e a metafísica e refere que as doenças crônicas recebem tratamentos paliativos na medicina tradicional; conclui que os sintomas de cura vibracional são a chave para a ampliação dos conhecimentos médicos: na filosofia da medicina vibracional tem-se como ponto de vista que os “seres humanos não são apenas carne e sangue, proteínas, gorduras e ácidos nucleicos. Há uma força vital, vivificante, que mantém e organiza as moléculas em indivíduos que vivem, respiram e pensam e a realização de curas por meio de processos que agem sobre os elementos da parte da anatomia humana constituída pelos sistemas de energia sutil é apenas um prolongamento da ciência médica atual”.

Durante muitos anos, a ciência ocidental ignorou as descrições de componentes etéricos (energia vital) da fisiologia, porque sua existência nunca pôde ser documentada pela dissecação anatômica. Atualmente, já existem mais meios de se confirmar a existência desta energia sutil, que influencia o comportamento fisiológico dos sistemas celulares (Gerber 1988, SBMC 2001, SBMA, 2001).

O chamado paradigma holístico foi criado pelo conceito de inter-relação entre todas as coisas e vem revolucionando diversos campos do saber humano. Podemos dizer que fazemos parte de e que somos um Holograma Universal, onde tudo está intimamente ligado entre si, nada

ocorrendo ao acaso. Microcosmos que somos, nossas energias formam um holograma, onde toda e qualquer informação psíquica/física se encontra acessível em qualquer parte de nosso ser (Bontempo,1996).

Historicamente, o pensamento holístico, no Ocidente, teve o seu início em 1926, com a publicação, em Londres, do livro *Holism and evolution*, de autoria de um general sul-africano, o filósofo Ian Christian Smuts, um dos criadores do movimento *antiapartheid*. Foi uma obra pioneira e muito à frente do seu tempo, razão pela qual não recebeu a devida atenção dos intelectuais da época; só veio a ser reconhecida décadas mais tarde, redescoberta por Adler, o grande psicanalista; profundamente influenciado pelas idéias do holismo, foi o primeiro a criar seu conceito fundamental, emprestando-lhe um caráter eminentemente universal. Depois de Smuts, o holismo conheceu pensadores como Norel, Huhn, Wilber, Bohm e, atualmente, um dos seus cientistas mais ativos, Pierre Weil, autor de numerosas obras sobre o tema. (Capra, 1993).

Etimologicamente, holístico e holismo derivam do grego *holikós*, universal, ou *hóles*, *hóle*, *hólon*, que significam todo, inteiro, completo. Na filosofia, holismo é a síntese de unidades em totalidades organizadas. (Weil 1990, Bontempo 1996).

A assistência à saúde na Europa e na América do Norte é praticada por um grande número de pessoas e organizações, incluindo médicos, enfermeiras, psicoterapeutas, psiquiatras, profissionais da saúde pública, assistentes sociais, quiropráticos, homeopatas, acupunturistas e vários praticantes "holísticos" (Capra,1993); isso mostra que muitas terapias

alternativas /complementares estão sendo associadas à medicina ocidental. Há ainda um número crescente de enfermeiras que optam por serem terapeutas independentes, em vez de assistentes de médicos, procurando orientar-se em sua prática por uma abordagem holística. Esta prática vem ganhando proporções, tendo recebido várias denominações: medicina alternativa, complementar, holística, práticas alternativas e complementares; ainda hoje está sendo elaborada por várias associações e profissionais.

Alguns médicos se sentem mais à vontade em nomear a medicina alternativa com o termo "medicina complementar", porque implica uma fusão de técnicas convencionais e não-convencionais, em vez de uma negação massificada das terapias estabelecidas. Assim, com as terapias ditas alternativas, querem ampliar o cuidar, com outras possibilidades de curar (Rosenfeld,1999).

Nesta investigação foram adotados os termos terapias alternativas e terapias complementares, indicando a mesma prática, embora não sejam sinônimos, mas porque o termo *alternativas* é o mais divulgado.

Para o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América do Norte (1992), o conjunto de terapias complementares é “um amplo domínio de recursos de cura que engloba todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas e suas teorias e crenças acompanhantes; inclui todas as práticas e idéias auto-definidas por seus usuários como prevenindo ou tratando as doenças ou promovendo a saúde e bem-estar. Os limites entre as terapias complementares e o sistema dominante não são sempre nítidos ou fixos”. (Souza,1999)

A Associação Brasileira de Medicina Complementar (ABMC,2001), criada em novembro de 2000, faz distinção entre medicina complementar, alternativa, holística e unificada, conceituando-as da seguinte forma:

a) Medicina complementar: é a medicina praticada por médicos que utilizam todos os recursos disponíveis da medicina convencional e a complementam; utilizam métodos terapêuticos e propedêuticos não convencionais, porém de eficácia comprovada, sempre colocando as necessidades individuais do paciente em primeiro lugar e empregando técnicas seguras, sob sua responsabilidade profissional e com o pleno conhecimento e consentimento do paciente. Referem não utilizar o termo *alternativa*, porque ele dá a idéia de exclusão e, na verdade, o objetivo principal é somar conhecimentos e estratégias terapêuticas para atingir a meta final, que é o bem-estar do paciente.

A medicina acadêmica (ou tradicional) neste caso sempre deve ser usada em primeiro lugar; quando chegamos, porém, ao ponto onde já empregamos todo o seu conhecimento, devemos dispor e usar de todos os recursos disponíveis. Trata-se de uma medicina ética e humana à procura de soluções.

Apesar da resistência a tudo o que é novo, a medicina complementar aí está, sendo praticada por médicos de saber, éticos, que navegam no oceano da bioquímica e no oceano da biofísica.

No oceano da bioquímica, temos a Medicina Biomolecular, bioquímica aplicada, onde os médicos utilizam as vitaminas, os sais minerais e os aminoácidos no tratamento e na prevenção das doenças. Aqui também se

inclui a Medicina Tradicional Alopática e a Fitoterapia com princípios ativos; incluem-se ainda a Medicina Tradicional Chinesa (acupuntura etc), a Homeopatia, a Medicina Antroposófica, a Medicina Ayurvédica, a Homotoxicologia, a Medicina Quântica, a Biorressonância, a Magnetoterapia, a Terapia por Campos Eletromagnéticos, a Radiestesia - Radiônica , a Geopatogenia das doenças, a Fitoterapia Chinesa etc.

No oceano da biofísica concentram-se as terapias complementares mais difundidas, todas empregando a sua metodologia física, também no tratamento e na prevenção das doenças.

- b) Medicina Alternativa: é praticada quando se utiliza uma opção diferente, uma alternativa à medicina convencional, geralmente por pessoas que apenas conhecem um tipo diferente de estratégia, nem sempre de eficácia comprovada ou segura
- c) Medicina Holística: é aquela na qual as pessoas são tratadas como um todo: corpo-mente-espírito, ou seja, nem só corpo, nem só mente e nem só espírito. Nessa abordagem, os praticantes da medicina complementar são holísticos.
- d) Medicina Unificada: é a medicina praticada pelos médicos que conseguiram obter conhecimentos de vários tipos de estratégias terapêuticas e propedêuticas e que, apesar de não estarem aptos a executar todas, são capazes de indicá-las com precisão, sem qualquer tipo de interferência, não importando o nome que a estratégia tenha ou seja; engloba todas as formas anteriores. Eles necessariamente não empregam a medicina convencional em primeiro lugar, e sim, aquela

abordagem mais apropriada para cada paciente em particular. É a medicina do futuro e será chamada simplesmente de MEDICINA (ABMA, 2001).

Vários outros autores (Rosenfeld,1999; Bontempo,1990; Gonsalves, 1996; Wendling,1999), organizaram e/ou classificaram as terapias alternativas, mas a classificação adotada na maioria dos estudos científicos é a da organizadora Hill (s.d), que adotaremos neste estudo.

Hill (s.d), em sua última edição, não faz distinção entre medicinas complementares, alternativas, holísticas ou unificadas, como a ABMC (2001).

Na organização de Hill (s.d.), as correntes terapêuticas básicas das medicinas alternativas são classificadas em quatro: a medicina Oriental, a Hindu ou Ayurvédica, a Homeopatia e a Medicina ampliada pela Antroposofia que, pela classificação da ABMC, corresponde ao “oceano da biofísica”.

Constatamos que o termo *alternativa* poderia ser substituído por complementar, que é mais coerente e abrangente e, como Hill (s.d.) mesma refere, “os métodos da medicina tradicional e das terapias naturais têm dois enfoques que se complementam mutuamente”.

Nas quatro correntes básicas referidas por Hill (s.d.) e descritas a seguir são utilizados métodos alternativos isolados ou associados, de acordo com os preceitos da prática holística de considerar cada indivíduo em seu conjunto global (Ignatti, 1993).

I - Medicina Oriental

Os principais temas da medicina hipocrática (a saúde como um estado de equilíbrio, a importância de influências ambientais, a interdependência da mente e do corpo e o poder curativo inerente à natureza), foram desenvolvidos na China antiga, num contexto cultural muito diferente. A medicina chinesa clássica tinha suas raízes em tradições xamanísticas e foi modelada pelo taoísmo e pelo confucionismo, as duas principais escolas filosóficas do período clássico. (Capra ,1993).

A medicina oriental baseia-se na convicção de que a humanidade é uma parte importante da natureza e a saúde só pode ser obtida se o homem reconhecer este fato essencial. Inversamente, a doença é uma incapacidade de viver em harmonia com as leis da natureza. (Tara W sd, apud Hill).

A principal contribuição do pensamento taoísta é dada pela filosofia da dialética universal e os princípios fundamentais desta filosofia são: todos os fenômenos existem dentro de um espaço infinito; todos os fenômenos são recíprocos; todos os fenômenos são relativos; todas as coisas contêm energia ou vibração; todas as coisas encontram-se em perpétuo estado de mudança.

A contribuição mais apreciável do Oriente diz respeito ao campo da prevenção e do autotratamento das doenças; daí a célebre frase “o melhor médico é aquele cujo paciente nunca ficou doente”, como lema da filosofia

da arte médica chinesa, que mais investe na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Ela é muito procurada hoje na medicina ocidental, por abrir portas para uma nova concepção da saúde: viver em harmonia com o equilíbrio de duas forças antagônicas da natureza: *yin e yang*, sendo que *yin* é o termo que define a tendência para a expansão ou centrifugalidade, enquanto *yang* é a tendência para a contração ou centripetalidade. Quando a força de contração atinge seu limite, muda de direção, começando a expandir-se, e vice-versa. Este fluxo constante entre os dois extremos pode ser observado em todas as coisas. No que concerne ao corpo humano, podemos perceber o ritmo do coração e pulmões, assim como os movimentos peristálticos dos intestinos. Os antigos chineses e japoneses transformaram *yin* em símbolo da força da terra (energia centrífuga que emana do planeta) e *yang* em símbolo da força do céu, (energia centrípeta que atua desde o exterior sobre o planeta) (Tara W sd, apud Hill).

O veículo através do qual *yin e yang* atuam sobre todas as coisas foi designado *chi* pelos chineses e *ki* pelos japoneses. Estes termos indicam a energia dinâmica, a força invisível presente em todas as coisas. A medicina oriental tem como objetivo potencializar ao máximo a corrente harmoniosa de *ki* no corpo, recebida através dos alimentos e bebidas consumidas diariamente, cujo controle de ingestão permite harmonizar a energia existente nos reinos vegetal e mineral, tornando-nos mais sensíveis ao movimento de *ki*, e enriquecendo nossa existência com um acréscimo de sensibilidade, discernimento e harmonia (Tara W sd, apud Hill, sd).

O verdadeiro objetivo da medicina oriental segundo o mesmo autor, consiste em levar cada indivíduo a aprender a dinâmica necessária para conservar um bom estado de saúde, insistindo também no fato de que o indivíduo deve assumir a responsabilidade em relação à sua própria doença. O médico pode apenas auxiliar o processo de cura, deixando para o doente a tarefa mais importante, que é a de transformar o seu estilo de vida; para tal, é necessário que compreenda a dinâmica implícita no desenvolvimento da enfermidade, para entender os diferentes passos necessários para o restabelecimento de sua saúde.

A teoria dos cinco elementos (ou transformações) é fundamental para entender as práticas da medicina chinesa: fogo, terra, metal, água e madeira manifestam-se com diferentes energias. Cada uma delas está associada a certos aspectos estruturais e funcionais do corpo.

É também fundamental ter a compreensão de que são os centros receptores/emissores de energia segundo diversas correntes de pensamento, em especial, as de origem indiana. São denominados *chakras*. Os místicos observam no ser humano os chamados "corpos sutis", que seriam como campos de energia à nossa volta, geralmente descritos em número de sete (pelos antigos hindus) ou cinco (na China milenar), ou mesmo um só (o famoso "perispírito" das teorias clássicas kardecistas, ou o Corpo Bioplasmático da Parapsicologia). Sobrepostos e interpenetrando-se mutuamente, atuam como um prisma, decompondo a luz solar nas cores do arco-íris, que seriam, assim, absorvidas - cada cor por um determinado "corpo sutil" - com a finalidade de suprir nosso ser de energias; estas, por

sua vez, seriam utilizadas na manutenção de nossa saúde. A absorção é feita por meio de incontáveis centros receptores/emissores de energia distribuídos por todo o corpo, os *chakras*. Cada cultura valorizou diferentemente este aspecto: nas correntes hindus, mesmo sabendo serem infinitos estes centros energéticos, são destacados sete emissores/receptores, cada qual correspondendo a um determinado corpo sutil. Os chineses, por sua vez, valorizaram cinco *chakras*, mas deram destaque predominante a determinados "pontos" chaves de entrada e saída de energia, que hoje chamamos de "pontos de Acupuntura"; são espécies de "mini *chakras*" que interligam infinitos "caminhos" de energia vital irradiadas por todo o corpo, canais puramente eletromagnéticos, sem limitações materiais (embora, algumas vezes, coincidam com a musculatura), pelos quais se transmitem sinais eletromagnéticos, como os biofótons, e também partículas materiais. No campo holográfico de ondas biofotônicas, os meridianos são uma espécie de condutores privilegiados, "trilhas" por meio das quais as informações conseguem ser veiculadas da melhor maneira possível. Nessa rede eletromagnética tridimensional estendida por todo o organismo, os chamados "pontos" de Acupuntura são como "nós", através dos quais qualquer sinal é levado para todos os seus cantos. Nos meridianos (canais energéticos) e seus pontos de intervenção, a informação do todo se encontra estocada e acessível em qualquer um dos "pontos", isoladamente. Assim, quando estimulado, um "ponto" reage sustentado por todos os outros, estando permanentemente interligados, possibilitando a restauração da saúde de forma global (Almeida RL, 2000).

A causa da doença pode ser descoberta graças à situação e ao caráter dos sintomas, que podem ser corrigidos com os alimentos e ervas apropriadas; pode-se também estimular o *ki* ou *chi* utilizando-se agulhas (acupuntura), calor (moxa), pressão (shiatsu) ou ainda fazer exercícios (tai chi chuan) para estimular a energia que falta ou rejeitar aquela que está sobrando (Tara W sd, apud Hill).

II - Medicina Ayurvédica (Hindu):

Ayurveda é um termo sânscrito que significa “leis da saúde” e constitui um dos quatro *Vedas* ou textos sagrados dos hindus. A medicina tradicional hindu ou medicina ayurvédica surgiu há três mil anos. Por não existir nenhum testemunho histórico dessa época, pouco se sabe de suas origens e o que foi transmitido aos médicos ayurvédicos contemporâneos já havia sofrido influências de outras culturas.

A base do Ayurveda está fundamentada na crença de que o ser humano deve ser considerado um ente único, integral, não existindo separação entre corpo, psique e alma. O homem tem atributos físicos, psicológicos e espirituais, e estes atributos baseiam-se na teoria do *tridosha* ou dos três elementos (forças cósmicas): ar, água e fogo. A *tridosha* constitui a chave da relação entre o médico e o seu paciente.

As *doshas* têm dois aspectos: matéria (*purusha*), que, relacionada à vida do homem, significa sua vida física e o seu estado consciente; e a essência (*prakriti*), para o homem, o espírito e o subconsciente. Essa essência (*prakriti*) possui três partes: o ser divino do homem (*mahat*); a vontade humana e a expressão dos seus estados psicossomáticos (*ahamkara*) e o verdadeiro orgulho do homem, o fato de ter consciência de uma vontade maior que a sua, da qual faz parte, (que reconcilia o *mahat* e o *ahamkara*), que é o *abhimana* (Sharma sd, apud Hill).

As funções do corpo estão divididas em três áreas, segundo as características das três doshas: ar (*vayu*) que abrange todas as funções e órgãos relacionados com o ar; água (*kaph*) (lua) que controla o fluxo e refluxo de umidade dentro do corpo e fogo (*Pitta*) (sol), que implica os elementos fogo e terra e está relacionado com o fígado, o baço, o coração e os olhos. O *Pitta* promove a circulação do ar (*vayu*) e da água (*kaph*). O coração é o único ponto onde as três forças são iguais, onde se processa a ativação e a normalização de todo o sistema circulatório.

A medicina ayurvédica usa como tratamentos as dietas , medicamentos naturais, aromaterapia, massagens como a *shantala* , com o objetivo de equilibrar as *doshas* e cirurgias, quando inevitáveis, pois estes interferem para o bom funcionamento do resto do corpo (Sharma sd, apud Hill).

Na relação médico-paciente, o médico ayurveda aceita o papel de ser um guia espiritual, onde orienta o paciente quanto aos passos para a

purificação e superação de seus instintos mecânicos, mais próprios dos animais que dos homens.

O que muito difere a medicina ayurvédica da medicina ocidental é que o paciente, nesta última, é um receptor passivo do tratamento médico e ignora sua obrigação de esforçar-se para alcançar seu próprio bem-estar físico (Sharma sd, apud Hill).

III Medicina Homeopática:

A homeopatia é o nome que foi dado ao sistema médico descoberto no final do século XVIII por Samuel Christian Hahnemann, ao observar que os sintomas produzidos pelo quinino num corpo são eram análogos aos sintomas que deveria precisamente aliviar. A partir dessa observação, formulou o princípio *similia, similibus, curantur*, que publicou em 1796. A seguir, formulou a teoria da potencialização das substâncias, convertendo-se no grande fundador da homeopatia. Uma grande parte dos aspectos filosóficos dos escritos de Hahnemann remonta de pensadores como Hipócrates 460-377 a.C) e Paracelso (1490-1511) (Sharma sd, apud Hill).

Para Hahnemann, a doença é uma aberração do estado de saúde. A sua descoberta mais admirável é que o efeito de um remédio é inversamente proporcional à sua substância.

Os homeopatas baseiam-se no princípio de que, quanto menor for a quantidade de substância medicamentosa presente na dose, mais potente será o seu efeito. A sua tarefa é “repertorizar”, isto é, selecionar o remédio segundo os sintomas e escolher a potência mínima na menor dose possível para conseguir efetuar a cura (Sharma sd, apud Hill).

A descoberta de Hahnemann significa, portanto, que o poder de uma substância não reside em sua quantidade, mas sim, na sua configuração, tanto maior quanto maior a potência (e quanto menor a presença da substância).

O londrino Malcom Rae inventou, nos anos sessenta, o simulador de potência Rae, que permite preparar remédios homeopáticos sem recorrer diretamente às substâncias biológicas pertencentes aos reinos vegetal, animal ou inorgânico, com os quais se preparam os referidos remédios, utilizando mapas magnetogeométricos (Sharma sd, apud Hill).

Nossa sociedade atual tem ensinado a pensar que a força ou o poder das coisas se mede por sua quantidade ou por seu volume. Esse mito cultural dificulta a compreensão da homeopatia.

A homeopatia vê o ser humano como um organismo único e afirma que apenas as células doentes reagirão ao medicamento homeopático.

O doente pode ter uma doença aguda ou crônica. No estado agudo, o corpo falha temporariamente, mas pode recuperar seu equilíbrio com o tempo, através da terapêutica e talvez também com a ajuda de um remédio homeopático.

No estado crônico, as forças vitais e os poderes de ação do corpo encontram-se profundamente desequilibrados (na homeopatia se chama distúrbio miasmático ou miasma), o que significa que o estado do paciente corresponde ao tipo de infecção a que ele é particularmente propenso. A homeopatia distingue cinco miasmas: infeccioso, psicótico, psoríaco, canceroso e tuberculoso.

A homeopatia sempre levou em conta a interdependência entre o paciente e sua situação social, familiar, geográfica e profissional, assim como os fatores ocultos. Há mais de cem anos Hahnemann já afirmava que, ao buscar a cura em casos de doenças crônicas, o médico homeopata deve basear-se no conhecimento dos fatos relacionados com a história clínica de seu paciente, especialmente no que diz respeito ao seu tipo de personalidade e ao seu temperamento, suas ocupações, estilo de vida e costumes cotidianos (Sharma sd, apud Hill).

IV Medicina Antroposófica:

A medicina Antroposófica é uma extensão da medicina científica ocidental. Baseia-se no conhecimento do ser humano, da natureza e do cosmo, pesquisado e formulado por Rudolf Steiner no começo deste século.

O ser humano não é só a sua organização física, ele é também uma organização não física que se expressa nos conteúdos e atividades da alma

e do espírito. Os aspectos, o físico e o anímico espiritual estão em uma relação recíproca que muda de acordo com a idade e o desenvolvimento da pessoa. O desequilíbrio nesta relação recíproca leva ao estado de doença.

O ser humano possui um 'corpo de vitalidade', que denominamos corpo etérico, que baseia-se na água e, através desta, toda substancialidade mineral é, em grande parte, subtraída da ação da gravidade. O corpo etérico é submetido, dentro do corpo humano, a um terceiro corpo, portador dos impulsos volitivos, dos sentimentos e da nossa capacidade de pensar. Nós o chamamos de corpo astral, que tem dois lados: um voltado para os fenômenos da consciência de vigília e, assim, fortemente vinculado com o sistema nervoso; o outro voltado para o organismo biológico, onde configura os órgãos relacionados com as sensações primárias descritas, por exemplo, as glândulas de secreção interna (Dyson J, Hollmann C sd, apud Hill, Vieira, 1993).

O corpo astral não pode agir diretamente sobre o físico; entre ambos está o corpo etérico que amortece seus impulsos. Se a organização etérica está enfraquecida, o corpo astral agirá excessiva e diretamente sobre o corpo físico, o que é a causa de todas as doenças psicossomáticas, das doenças degenerativas e das doenças de auto-agressão. O corpo astral do ser humano é a base para a sua alma, ou seja, para as faculdades de pensar, sentir e querer e é submetido no ser humano a uma outra estrutura, a um outro corpo, que chamamos corpo do Eu. Este faz com que, na alma do ser humano, se faça valer a entidade genuína e essencialmente humana, que é o seu 'Eu'. Nossa vida anímica, nossas vivências, lembranças, nossa

biografia, tudo está como centrado em torno de um ponto central: 'Eu' (Dyson J, Hollmann C sd, apud Hill , Vieira, 1993).

Temos um corpo etérico, em comum com as plantas e os animais; o corpo astral, com os animais. A organização do Eu, o corpo do Eu é que faz do homem justamente um homem e que confere à nossa organização biológica uma forma humana.

Os processos que em vida levam, a partir de dentro, a uma destruição da nossa existência corporal, não apenas a uma deformação dela, são processos vinculados a um enfraquecimento da nossa organização do Eu: por exemplo as neoplasias e a imunodepressão (Vieira, 1993).

Ao observarmos a organização física do homem e mais especificamente examinarmos os órgãos e suas funções, veremos que através destas pode-se alcançar o conhecimento de que diversos órgãos formam uma unidade entre si. Através da observação dos órgãos sensoriais, reconhecer-se-á que todos eles têm algo em comum: transmitem à alma humana a noção a respeito do mundo ambiente (olhos, ouvidos etc) e do próprio corpo (equilíbrio, tato etc). Os órgãos sensoriais desempenham a função de portas e destinam-se a deixar passar algo com um mínimo de alteração. Para tal, a condição essencial é a inércia; eis porque a cabeça é a parte do corpo mais imóvel. A função normal do sistema neurossensorial não exige apenas a inércia, mas também uma temperatura moderada, ou seja, um certo frio, sendo extremamente sensível a um aumento de temperatura (febre). Compreendemos por que as células nervosas e também as células

dos órgãos sensoriais são as que apresentam menos vitalidade (Vieira, 1993).

Por outro lado, encontramos órgãos nos quais reina a tendência totalmente oposta, onde o movimento e o calor estão ligados entre si, como na atividade muscular e nas transformações metabólicas.. A totalidade desses fenômenos e desses órgãos pode ser designada como Sistema do Metabolismo e dos Membros (Sistema Metabólico Motor). Existe um terceiro sistema no ser humano, mediador entre os outros dois. O equilíbrio entre os dois sistemas não consiste apenas entre o pólo superior e inferior, mas principalmente numa alternância temporal. Esta, por sua vez, resulta num ritmo chamado Sistema Rítmico. Cabe destacar que o essencial nesta tríplice organização do organismo humano aqui apenas esboçada - é ser ela a chave para a compreensão do conceito de saúde e doença.(Vieira, 1993).

Tendo descrito as medicinas complementares, apresentaremos de modo sucinto as classificações e conceitos mais conhecidos, divulgados e os mais utilizados de práticas terapêuticas complementares, segundo classificação de Hill (anexo 1).

É importante mencionar que muitas técnicas ou práticas complementares nem sempre pertencem apenas a uma corrente de medicina alternativa/complementar; por exemplo, tanto a medicina chinesa quanto ayurvédica, homeopática e antroposófica, fazem uso da fitoterapia, mas cada uma com o enfoque de sua corrente.

A população, que faz uso das terapias alternativas/complementares, procura em geral as práticas que lhe fazem bem, não se importando na

maioria dos casos em seguir uma determinada linha de medicina. Os estudiosos deste assunto é que se interessam pelas diferentes medicinas.

Na classificação de Hill (s.d.), as práticas alternativas foram incorporadas em sete diferentes grupos, sendo elas: as *terapias físicas* (que se utilizam de terapias meridianas, de manipulação e reeducação muscular, do calor, ar e luz, da eletroterapia e do contato mineral); a *hidroterapia*, *fitoterapia*, *nutrição*, *ondas-radiações-vibrações*, *terapias mentais-espirituais* e, por último, as *terapias de exercícios individuais*. Todas essas terapias têm como fator comum o combate para diminuir o *stress* (tensão) físico ou emocional. São, portanto, as classificações de medicinas complementares mais difundidas.

A - TERAPIAS FÍSICAS

a) Terapias meridianas

1. Acupuntura: é uma técnica milenar que se utiliza de estímulos em pontos do corpo capazes de despertar recursos de harmonização psicofísica. Tradicionalmente são aplicadas agulhas para a estimulação, que hoje em dia estão sendo substituídas por estímulos luminosos (Cromopuntura e Laserterapia) ou sonoros (Audiopuntura) nos pontos (Almeida RL, 2000).

Alguns tipos de acupuntura:

- Auriculoterapia: tida como uma variante da Acupuntura onde os estímulos são aplicados em pontos na orelha.

- Cromopuntura: variação da Cromoterapia, com a aplicação de luzes coloridas ou laser em pontos de Acupuntura, em substituição às agulhas.
 - Laserterapia: estímulos luminosos via-laser (tipo especial de luz, monocromática e de grande coerência), quer como Cromoterapia, quer como um substituto às agulhas de Acupuntura .
 - Magnetoterapia: uso de ímãs como estímulo terapêutico para os mais variados males, quer aplicados em regiões inteiras ou em substituição às agulhas de Acupuntura.
2. Reflexologia: muito popular, pelo alto grau de eficiência e segurança; possui variantes como a Calatonia Auricular, onde a meta é o despertar maior da autoconsciência. A reflexologia é diagnose e tratamento, onde o corpo está, em seus mínimos detalhes, representado numa zona específica de uma de suas partes, como, por exemplo, pés, mãos e orelhas; o trabalho é feito por meio de Massagem ou da aplicação de estímulos, tais como agulhas, ímãs e cores (Almeida RL, 2000).

b) Terapias de Manipulação e Reeducação Muscular

B - HIDROTERAPIA:

É o uso de banhos e imersões com recursos que variam entre duchas, hidromassagem, temperaturas específicas, solução de ervas e sais, além da Cromoterapia, que colorifica a água (Almeida RL, 2000).

C - FITOTERAPIA:

1. Medicina Herbária ou Fitoterapia: uso das ervas medicinais sob diversas formas, tais como chás, banhos, compressas, óleos, extratos, inalações etc., visando não só despertar a capacidade de autocura, como, também, suprir a necessidade de certas substâncias e energias sutis que atuarão como princípios ativos para a harmonização psicofísica. A fitoterapia foi desenvolvida pelos antigos egípcios, pelos gregos e mais tarde pelos romanos, vigorando assim desde 2300 aC (Almeida RL, 2000).
2. Floras de Bach: Dr. Edward Bach, em 1930, desenvolveu essências de Florais de Bach, constituídos por padrões de energias sutis, extraídas de flores especiais, gravadas e conservadas numa mistura líquida de água e conhaque (às vezes, vinagre), sendo cada essência indicada para harmonizar um tipo de emoção específica, tais como medo, angústia, tristeza etc. Estes não fazem parte da homeopatia e nem da alopatia; constituem um sistema à parte (Brown 1997).

Existem também, dentre outros, os Florais Californianos, do Amazonas, mineiros, conforme os locais que se colhem e preparam as essências.

D - DIETOTERAPIA

E - ONDAS RADIAÇÕES E VIBRAÇÕES

F - TERAPIAS MENTAIS E ESPIRITUAIS:

1. Meditação: segundo Rosenfeld (1999), a meditação se assemelha ao *biofeedback* e à visualização orientada, mas é menos estruturada. Ela só é possível por meio do silêncio, no qual desaparecem os valores morais. A ação que se produz com a meditação não é uma decorrência da tensão, contração e procura do poder; com ela nos libertamos do conhecido. (Blundell s.d.). Meditar é como voltar para o interior de si mesmo (LeShan, in: Barbosa, 1994).

G - TERAPIA COM EXERCÍCIOS INDIVIDUAIS:

1. Yogaterapia: uma série de posturas corporais específicas e padrões respiratórios especiais, ministrados geralmente em grupo, para obtenção da harmonia, passando, inclusive, por estados alterados de consciência via meditação. As técnicas mais conhecidas de yoga são as indianas (Almeida RL, 2000).

Existem ainda outras terapias (*) que não são mencionadas por Hill (sd), porém são relatadas por muitos profissionais da saúde e terapeutas, e que foram também citados para uma visão mais abrangente de todas as terapias difundidas na comunidade:

1. Calatonia*: técnica especial de toques manuais, sutis, geralmente nos pés ou nas mãos, que visa não somente a uma relaxação psico-física, como, também, ao despertar de material psíquico inconsciente para ser trabalhado em Terapia. (Almeida RL, 2000).
2. Cura prânica*: equilíbrio energético feito por meio de imposição das mãos (Almeida RL, 2000).
3. Massoterapia*: toques aplicados pelo corpo, obtendo relaxação, equilíbrio energético e, até mesmo, o aflorar de material psíquico reprimido. Existem incontáveis técnicas, sendo as mais conhecidas o Tui-Na, o Shiatsu e o Do-In. (Almeida RL, 2000).
4. Reiki*: É um método de imposição de mãos, usado para conectar a energia universal (*vital ki, chi, kundalina*) com os poderes de cura inatos do corpo. Redescoberto em meados de 1800, pelo Dr Mikao Usui, um monge e educador japonês, as origens do Reiki encontram-se nos sutras tibetanos, antigos registros de cosmologia e filosofia. É um poderoso complemento às terapias convencionais; alimenta os mecanismos homeostáticos do corpo e auxilia na restauração do equilíbrio nos níveis físico, mental e emocional. (Chambers M, Barnett L, Davidson S, 1999).

5. Toque terapêutico*: descrito por Dolores Krieger, em 1975, como o ato de curar ou ajudar o semelhante pela antiga prática de imposição de mãos, para reequilibrar a energia humana. O curador age como um sistema de apoio humano; o seu próprio campo de energia sadio fornece suporte para a repadronização do fluxo de energia enfraquecido e desintegrado do paciente. Este apoio é orientado para o estímulo do sistema imunológico do paciente, pois, em última análise, quem se cura é o próprio paciente.(Krieger,1999).
6. Terapia Biográfica Antroposófica*: é a terapia individual ou grupal, na qual se reconhecem as leis gerais de desenvolvimento para cada fase da vida. A visão global de toda biografia permite ver sua vida não apenas nos fatos “sombras”, mas também nos fatos bons que ocorreram. A intenção do trabalho biográfico não é se prender ao passado, mas entendê-lo e integrá-lo para poder viver o presente, livre do passado, e nortear melhor o futuro. A Biografia é dividida em setênios (períodos de sete anos). Usa-se um método de espelhamentos etários, a observação dos ritmos na biografia, a evidenciação da missão de vida individual e a fixação de metas e objetivos para o futuro, num mapeamento consciente da própria vida. (BURKHARD,2000).
7. Vivências*: realizadas individualmente ou em grupo, utilizam tanto a Terapia Corporal, quanto o Relaxamento como introdução a estados profundos de autoconsciência e, desse modo, permitem o aflorar de

emoções reprimidas, lembranças traumáticas e sonhos (para serem trabalhados na Terapia), e o despertar de uma sabedoria interior e intuitiva no cliente, capaz de orientá-lo na tomada de decisões ou, até mesmo, na resolução de questões de saúde (Almeida RL, 2000).

8. Tai-Chi-Chuan* arte marcial chinesa que alia gestos suaves e respirações especiais à filosofia oriental e, desse modo, promove o bem-estar e a manutenção da saúde (Almeida RL, 2000).
9. Lian Gong*: criado pelo médico ortopedista Dr Zhuang Yuen Ming, na China, em 1919. É uma ginástica terapêutica individualizada, de origem chinesa, que movimenta a energia Ki em 18 Terapias, tanto para o tratamento e prevenção de dores no corpo, como também para a longevidade (Lee, 1997).
10. Do In * é uma forma de acupuntura por pressão digital nos pontos de acupuntura e que pode ser feita pela própria pessoa. Pode ser usada em qualquer lugar e por qualquer pessoa que tenha conhecimento. Na prática, este tratamento pode ser aplicado como um método de primeiros socorros, devido à sua eficácia e conveniência (Chan, 1975).

Comparando algumas terapias ou mesmo correntes de medicina observam-se semelhanças nos conceitos; quando, por exemplo, os homeopatas falam de "força vital", ou os terapeutas reichianos de "bioenergia", usam estes termos num sentido que se avizinha muito do conceito chinês. A principal finalidade dessas terminologias é descrever os

padrões de fluxo e flutuação energéticos no organismo humano. Também se acredita que há uma troca de "energia vital" entre o organismo e o seu meio-ambiente e muitas tradições sustentam que essa energia pode ser transferida de um ser humano para outro pela imposição das mãos ou através de outras técnicas de cura "psíquica". (Capra,1993).

Os meridianos da acupuntura, os *chakras* e *nádis*, o corpo etérico e outros sistemas superiores são parte da anatomia humana multidimensional que tem sido descrita pelas medicinas chinesa, homeopática, ayurvédica e antroposófica.

A visão holística de assistência ao ser humano também ocorre na Enfermagem, havendo teorias de enfermagem que têm sua fundamentação e princípios voltados para a visão holística, tais como a teoria de Martha Rogers em 1970 e Myra Estrin Levine, em 1973. (Almeida; Rocha, 1986).

A teoria holística de Myra Estrin Levine, (1ª edição em 1969 e a 2ª em 1973), diz que a intervenção de enfermagem está baseada em quatro princípios de conservação: conservação de energia da integridade estrutural, da integridade pessoal e da social. Os quatro princípios de conservação têm como postulado a unidade e integridade do indivíduo, reconhecendo ser cada reação a cada estímulo ambiental resultante da natureza integrada e unificada do organismo humano. O foco de intervenção de enfermagem é o *whole man*. (Almeida; Rocha1986).

A Enfermagem é uma ciência humanística dedicada a um interesse compassivo para manter e promover a saúde, prevenir doenças e cuidar de reabilitar o doente e o incapacitado. O homem, ao qual a enfermagem

empenha-se em servir, é um todo unificado, um sistema sinérgico, que não pode ser explicado pelo conhecimento de suas partes (Rogers, 1970 inpu^d Almeida, Rocha 1986).

Para Rogers (inpu^d Almeida, Rocha 1986), as pressuposições básicas, propostas para compreender o sistema conceitual de enfermagem, remontam à caracterização do Homem; é um todo unificado com sua própria integridade e manifesta características diferentes da soma de suas partes; é um sistema aberto e, como tal, ele e o seu ambiente estão continuamente trocando matéria e energia; nele, o processo da vida evolui irreversível e unidirecionalmente ao longo do contínuo tempo e espaço; padrões e organização identificam-no e refletem sua unidade inovadora; é um ser pensante; é caracterizado pela capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção. Os limites conceituais do homem são identificados no campo energético, de natureza elétrica e em estado contínuo de fluxo, que varia continuamente na intensidade, densidade e extensão. O campo humano é postulado como tendo seus limites contínuos com os limites do ambiente, por si mesmo um campo de natureza energético-elétrica. O processo energético vital do homem pode ser comparado a uma espiral que exemplifica a natureza rítmica de vida, sendo que as distorções da espiral retratam desvios da regularidade de natureza. Identifica quatro princípios da hemodinâmica para explicar a natureza do processo vital e para prever as trajetórias ao longo das quais eles se desenvolverão: princípio de reciprocidade, sincronia, helicidade e da ressonância. Os princípios da hemodinâmica postulam uma maneira de

perceber o homem unitário. As mudanças do processo vital do homem são previstas para serem inseparáveis das mudanças ambientais e para refletirem as interações mútuas e simultâneas entre os dois em um dado ponto no espaço-tempo.

2.1. TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES NA SAÚDE E SUAS REPERCUSSÕES NA ENFERMAGEM

As terapias alternativas/complementares são a cada dia mais estudadas, aprimoradas e embasadas em trabalhos científicos. Surgiram, assim, várias entidades e associações especializadas em cada tipo de Medicina complementar ou voltadas para determinadas práticas complementares.

No caso específico da Acupuntura, no Brasil, desenvolveu-se através de duas vertentes básicas: os imigrantes orientais, principalmente chineses e japoneses, que se estabeleceram de preferência no sul e sudeste do país; e o Prof. Frederico Spaeth, que, na década de 50, chegou ao Brasil procedente da Europa, e que, como conhecedor da Acupuntura, em pouco tempo fez uma grande clientela. Em decorrência dos resultados alcançados por Spaeth, não demorou para que vários médicos se sentissem atraídos pela acupuntura. Assim, paulatinamente, vários profissionais se foram unindo ao Prof. Spaeth; em pouco tempo, formou-se o primeiro grupo de acupuntura organizado no país. (SMBA, 2001).

Em 1961, formou-se no Brasil a **Associação Brasileira de Acupuntura** (ABA), que se tornaria o órgão oficial da acupuntura no país, congregando profissionais de variadas categorias.

A ABA prestou relevantes serviços à acupuntura nacional, realizando os primeiros seminários, congressos, simpósios e cursos, difundindo a teoria

e a prática da acupuntura no país. Estimulou também a formação das primeiras representações e/ou associações estaduais. Apesar da existência da ABA como órgão representativo dos acupuntadores nacionais, em pouco tempo os profissionais médicos começaram a se sentir incomodados no seu convívio, já que a ABC congregava também profissionais não médicos, e esses, em muitos casos, tinham uma formação que ficava muito a desejar. Isto não só comprometia a prática de uma acupuntura de bom nível, como ainda prejudicava o processo de inserção da acupuntura nos órgãos oficiais de ensino e pesquisa no país. Assim, em 1984, depois de algum tempo de negociações e estudos, os médicos acupunturistas do país formaram a **Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura** (SMBA), que passou então a ser o órgão representativo da categoria no Brasil. (SMBA, 2000)

Nos últimos vinte anos, verificou-se uma drástica mudança na aceitação da acupuntura em todo o Ocidente. Com efeito, a acupuntura é hoje praticada em quase todos os países ocidentais, introduzida em clínicas modernas, e estudada segundo procedimentos científicos rigorosos. A própria OMS lhe concede aval e encoraja seu uso pelos países membros, tendo dedicado ao tema, em 1979, uma edição inteira da revista **Saúde no Mundo**.

Nos Estados Unidos, 21 estados restringem o direito de exercer a Acupuntura apenas aos médicos; os outros 29 estados, porém, permitem que leigos com curso completo, que tenham sido aprovados num exame, recebam seus certificados e se estabeleçam. (Rosenfeld, 1999).

Desde o ano de 1997, o Centro de Saúde de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo presta atendimento na área de Acupuntura. (Camargo,2000)

A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) foi fundada no Brasil em 1982. Entre as suas principais tarefas está o ensino desse impulso terapêutico através da organização de diversos tipos de cursos, que ocorrem principalmente no Centro Paulus de Estudos Goetheanísticos, em Parelheiros, São Paulo, embora haja também outros centros no Brasil. Outra tarefa visa ao reconhecimento oficial deste tipo de medicina, bem como fomentar a pesquisa da patologia e o estudo dos recursos naturais próprios do Brasil (plantas medicinais, minerais etc) (ABMA, 2001).

A ABMA publica trimestralmente a revista 'Ampliação da Arte Médica', incluída no catálogo de publicações e revistas médicas da América Latina e do Caribe (BIREME) e também congrega os médicos que praticam a Medicina ampliada pela Antroposofia (MaA), sendo responsável pelos cursos de formação. A formação teórica nesta medicina é proporcionada através de cursos, encontros médicos, seminários e congressos dos quais participam tanto estudantes de medicina como médicos formados. A formação prática é realizada através do trabalho como médico residente nos hospitais, clínicas e consultórios médicos mencionados. Este impulso tem crescido a ponto de ser possível criar, na Alemanha, uma faculdade de medicina na qual, desde o início, o estudante adquire o conhecimento do homem do ponto de vista antroposófico, ao lado do ensino científico convencional.

Existem vários institutos de pesquisa da MaA, dois dos quais são especializados em câncer. Junto a eles funcionam diversos laboratórios farmacêuticos que produzem medicamentos antroposóficos, uma farmacologia ampliada, exercida por profissionais especialmente formados. No Brasil, esta necessidade é suprida pela Weleda e pela Sirimim.

A primeira instituição no Brasil a praticar esta medicina foi a Clínica Tobias, fundada em 1969, na cidade de São Paulo. Desde então, este impulso tem crescido e, atualmente, já existem outras instituições praticando a medicina antroposófica, a saber: o *Therapeuticum Raphael* e a *Vivenda Sant'Anna*, ambos em Juiz de Fora (Minas Gerais); ainda em São Paulo há a *Artemísia*, onde se desenvolve o trabalho para a reestruturação biográfica; a *Casa do Sol*, orientada para o trabalho de crianças excepcionais, assim como o ambulatório médico da *Favela Monte Azul* e o *Camphill do Brasil*, em Juiz de Fora. Além destas instituições, existem vários consultórios que relatamos ou clínicas médicas que desenvolvem um amplo trabalho em Porto Alegre, Belo Horizonte, Juiz de Fora, São Paulo, Rio de Janeiro, Florianópolis e outras cidades.

Em novembro de 2001 foi realizado o V Congresso Nacional de Medicina Antroposófica e o I Simpósio das áreas da Saúde e das Terapias Antroposóficas, onde enfermeiras apresentaram alguns trabalhos relacionados à enfermagem ampliada pela antroposofia.

Na medicina brasileira, uma das tradicionais escolas de medicina, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), realizou em 1986 o primeiro curso de métodos alternativos em medicina

(Segre,1996), para médicos e interessados, e em 1988, com outro ciclo de palestras ampliou-se a abordagem das matérias e o número de profissionais convidados, aproximando-se assim, a medicina tradicional às técnicas alternativas de atenções de saúde, decrescendo, a idéia da existência de duas "medicinas", competitivas e opostas. Os métodos alternativos completam a prática tradicional médica, sendo alguns mais acessíveis ao público, e, inclusive, por motivos culturais, melhor aceitos. Os métodos alternativos abordados na FMUSP foram acupuntura, antroposofia, fitoterapia, geoterapia, hidroterapia, hipnose médica, homeopatia, macrobiótica, magnetoterapia, radiestesia, terapia floral, eutonia e aromaterapia (Segre,1996).

Existem vários Centros de Estudos voltados às Terapias Alternativas/Complementares (TA/C), tais como o CEATA (Centro de Estudos de Acupuntura e Terapias Alternativas), em São Paulo, que, além de congregar várias especialidades de TA/C, têm promovido cursos abertos aos diferentes tipos e profissionais, tanto da área da saúde como para leigos.

O Programa de Pesquisa em Plantas Medicinais da CEME-Central de Medicamentos do Ministério da Saúde buscou pesquisadores de grande renome, como o Prof Dr Walter Accorsi da USP (Piracicaba), Dr Antonio Lapa, da Escola Paulista de Medicina, que participaram de pesquisas na escolha de plantas para teste de laboratório e posterior fabricação de produtos fitoterápicos (Ignatti ,1993).

Em todo o Brasil multiplicam-se os programas de fitoterapia, apoiados pelo serviço público de saúde. Têm-se formado equipes multidisciplinares responsáveis pelo atendimento fitoterápico, com profissionais encarregados do cultivo de plantas medicinais, da produção de fitoterápicos, do diagnóstico médico e da recomendação destes produtos. (Almeida,2000).

As sociedades, através de Programas de divulgação, de cursos de orientação e outros estão cada dia sendo mais fortalecidas por profissionais que adotaram as terapias alternativas em suas atividades, aplicando-as em seus consultórios, clínicas, juntamente com equipes multiprofissionais que buscam o tratamento holístico, incluído no serviço público e em hospitais.

A OMS, em 1977, determinou a instituição das Medicinas Alternativas como um recurso válido e importante, sobretudo para as populações carentes (Ignatti,1993).

As enfermeiras Barbosa, Egry e Queiroz (1993) afirmaram há quase dez anos que o "surgimento das terapias alternativas em saúde no Brasil, no século XX, ocorre no momento em que há uma mudança de paradigma na ciência: de mecanicista para orgânica, holística e ecológica". Também descreveram que "no século XX, as novas descobertas científicas, a exemplo da teoria da relatividade de Albert Einstein e da teoria quântica formulada por uma equipe de físicos, entre eles o próprio Einstein, são responsáveis por uma nova concepção de mundo, não mais considerado como uma máquina", como Galeno preconizava.

Uma das pioneiras na Enfermagem brasileira, que abordou as terapias alternativas na saúde comunitária, foi a Dra Maria Jacyra Nogueira

em 1983, São Paulo, tendo abordado em sua tese de Livre Docência a "Fitoterapia popular e enfermagem comunitária".

Vários outros estudos foram desenvolvidos, porém, só em 1990, Maria Alves Barbosa enfermeira, estudou a Fitoterapia como prática de saúde: o caso do Hospital de Terapia Ayurvédica de Goiânia. Pesquisou as razões e motivações que levam a população a procurar o serviço de saúde que utiliza a fitoterapia Ayurvédica, proveniente da Índia, bem como a inserção dos profissionais de Enfermagem neste tipo de assistência. Verificou, entre outros aspectos, que a concepção holística utilizada no atendimento, proporciona satisfação ao cliente porque ele é visto como um ser total; concluiu que a fitoterapia ayurvédica pode ser adaptada à situação brasileira, salvaguardadas as limitações que, assim como em qualquer sistema de saúde, existem no Ayurveda (Barbosa,1990).

Barbosa (1994) continuou os estudos em sua tese de Doutorado sobre a utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros. A autora fez um levantamento a nível nacional junto às enfermeiras que utilizavam as terapias alternativas em seus pacientes, constatando que os enfermeiros que foram entrevistados eram convictos de que queriam e deviam utilizar Terapias Alternativas de saúde, porém esbarravam na falta de legitimação, pois o Decreto no 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem, não faz referência à utilização de terapias alternativas. A maioria dos enfermeiros entrevistados considerava que o uso da expressão Terapias Alternativas estava incorreto,

pois essas práticas fazem parte da assistência e devem ser compreendidas mais no sentido de Terapias Complementares.

Para sedimentar estas práticas, o próprio COFEn apoiou as atividades das Enfermeiras nas terapias alternativas, havendo assim, avanços na Legislação da Enfermagem em relação às terapias alternativas, através do Parecer Normativo do COFEN nº 004/95, que *reconhece* as práticas alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras), *como atividade profissional vinculada à saúde e não estando vinculados a qualquer categoria profissional*; e através da Resolução COFEn-197/97 (Anexo2), *"estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, desde que o profissional de Enfermagem conclua e tenha sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas"*. (Coren, 1997)

Há vários núcleos de trabalho que vêm pesquisando as TA/C do norte ao sul do país, como em Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, tendo sido apresentadas muitas pesquisas isoladamente em eventos científicos.

Rizzotto (1999) afirma que "o trabalho de pesquisa realizado em vários países subdesenvolvidos, incluindo alguns da América Latina, mostra que a tecnologia de saúde se difunde com extrema rapidez, em velocidade superior a outras tecnologias de largo emprego, como as de televisão e computadores. A tecnificação do ato médico pela Medicina científica fez erigir, por razões ideológicas e econômicas, como parâmetro de qualidade, o

grau de densidade tecnológica da prática médica, em detrimento da Medicina em promover ou restaurar a saúde e prevenir as doenças. Essa distorção, imposta pela medicina científica, resulta clara na proposta da "avaliação estrutural" da qualidade da atenção médica que pressupõe que, se existem equipamentos sofisticados, o ato médico resultante é de boa qualidade". Não se pode desconsiderar que as atividades humanas sempre foram mediadas pela tecnologia e que ela é necessária para o desenvolvimento da humanidade. O que parece crucial é a distorção que sofreu, no campo da saúde, onde a tecnologia de ponta é vista como a melhor ou a única alternativa para a melhoria da qualidade de saúde

A ciência moderna empírica, se, por um lado proporcionou um avanço e eficácia no tratamento de muitas doenças, excluiu a possibilidade de desenvolvimento de formas terapêuticas alternativas, realizando um combate duro às práticas que se distanciavam dos princípios científicos e garantindo o predomínio do Modelo Biomédico. Para se manter como saber absoluto, no campo da saúde, a Medicina Científica desqualificou toda a sabedoria popular que não pudesse ser comprovada cientificamente. A "medicalização" da sociedade levou a uma restrição da autonomia das pessoas para se autocuidarem, a tal ponto que, praticamente, qualquer "ousadia" ao tratar os problemas de saúde, sem a orientação médica, é condenada (Bontempo,1996; Rizotto,1999).

A distância entre terapias convencionais e não convencionais ou terapias alternativas/ complementares às terapias da medicina oficial está cada vez mais estreita; uma das razões é que "novas técnicas de

diagnóstico e o reconhecimento de uma ligação entre o cérebro (onde são geradas as emoções) e o sistema imunológico (cuja força e integridade determinam a vulnerabilidade e a resistência à doença) resultam em melhor compreensão de como certas formas de medicina alternativa podem ser eficazes" (Rosenfeld,1999).

Embora a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, as técnicas em saúde mental e o termalismo tenham sido oficialmente implantados nos serviços públicos de saúde do Brasil em 1988, questiona-se as razões e motivações para adotá-los na rede pública de assistência. A questão fundamental que se coloca diante da adoção destas práticas nos serviços públicos e privados de saúde é relativa à sua cientificidade (Barbosa. Egry, Queiroz;1993).

Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito abrangente de Saúde deveria nortear a mudança progressiva dos serviços, passando, de um modelo assistencial centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde, onde deveria haver a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

A Reforma Sanitária regida pelo paradigma Sanitário tem como um de seus elementos constituintes a *inclusão das práticas alternativas*, valorizando-se práticas alternativas eficazes e estabelecendo a deliberação entre os discursos de saúde popular e oficial (Mendes ,1993).

A implantação do SUS no Brasil, a partir da Constituição Brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, trouxe um grande desafio para a

enfermagem e os enfermeiros: redirecionar suas práticas para o atendimento integral à saúde coletiva e individual da população brasileira; pode-se afirmar que o grande desafio coletivo dos enfermeiros inseridos no SUS para o século XXI é recriar os cuidados de enfermagem para se atingir a integralidade da assistência e transformá-los em um novo paradigma mobilizador das forças da vida individual e coletiva (Antunes 1997).

No dia 5 de julho de 2001 foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde a Agenda Municipal de Saúde elaborada pela SMS, que contém os compromissos sociais e ações visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados nas cidades e que são compostos pelos seguintes eixos: redução da mortalidade infantil e materna; controle de doenças e agravos prioritários; melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações, serviços e informações de saúde; reorientação do modelo assistencial e descentralização; desenvolvimento de recursos humanos no setor saúde e consolidação da participação social.

O Município de São Paulo segue as diretrizes centrais do SUS, com autonomia para definir diretrizes próprias. Portanto, a partir dos seis eixos de atuação, a SMS detalhou programas, projetos, metas e indicadores de ação, para serem implementados nos quatro anos de gestão (2001-2005). (São Paulo cidade; 2001).

Um dos projetos da SMS é introduzir na rede municipal de saúde a Medicina tradicional chinesa, como complemento à medicina tradicional, em toda a sua rede de saúde e criar centros para capacitação de funcionários interessados em trabalhar na aplicação das práticas da medicina chinesa,

tais como acupuntura (indicada para problemas de hipertensão, úlcera gástrica e miomas uterinos), fitoterapia e atividades físicas (tai-chi-chuan, lian-gong), artes marciais e meditação. (São Paulo cidade; 2001).

Se o SUS, regido pelo paradigma sanitário, inclui as terapias alternativas, se o COFEN autoriza a Enfermagem a usá-las ao se especializarem, pergunto: como, onde e por que essas terapias complementares são usadas pelas enfermeiras junto às unidades básicas de saúde? Se não são praticadas, quais são as dificuldades encontradas? É possível adotar práticas alternativas nos serviços municipais?

Se adotarmos uma atitude mais equilibrada em relação ao conhecimento racional e intuitivo, será mais fácil incorporar ao nosso sistema de assistência à saúde alguns dos aspectos característicos tanto da medicina do leste asiático como de nossa própria tradição hipocrática. Capra (1993).

O estudo sobre as Terapias Alternativas de saúde é uma exigência dos dias atuais para a enfermagem. O conhecimento aprofundado de seus princípios resultará na ampliação do campo de atuação do enfermeiro, podendo conduzir a intervenções terapêuticas efetivas, que colaborem para o controle e manejo adequados da dor crônica (Dobbro 1998), visto que outros profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas holísticos estão se empenhando cada vez mais no saber e fazer das terapias alternativas. A Enfermagem é a única profissão no Brasil que, através do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), pela Resolução 196/97, reconhece as terapias alternativas como especialização.

Alguns profissionais do serviço público, como médicos, por exemplo, têm usado a acupuntura, a homeopatia e adotado algumas práticas alternativas no dia-a-dia. Mas o que as enfermeiras sabem e o que fazem com as terapias alternativas/ complementares, nas unidades de saúde da região de Santo Amaro? Elas têm interesse em conhecer e aplicar as terapias alternativas/ complementares na Enfermagem? Será que elas têm algum estudo e as praticam? Será que na sua unidade de saúde é viável abrir esta nova fronteira de atuação? Quais seriam as terapias que as enfermeiras poderiam utilizar nos pacientes de sua unidade de saúde? Que dificuldades encontrariam para aplicar terapias complementares? E que facilidades? Conhecem a resolução 197 do COFEn?

Se a OMS instituiu como recurso válido as Medicinas Alternativas para as populações carentes e, no Brasil, onde a população carente é atendida nas unidades de saúde da rede governamental a nível federal, estadual e municipal, será que este recurso válido está sendo oferecido à população? Será que a enfermeira da unidade básica conhece e usa as práticas das Medicinas Alternativas? Se não, por quê? Quais as dificuldades para que as enfermeiras atuem junto às terapias alternativas? Será que existe um desconhecimento de seus verdadeiros princípios científicos, e por isso não há crédito nessas terapias? Será que a enfermeira tão dependente historicamente das determinações médicas tem receio de atuar nesta especialidade, onde teria maior autonomia? Várias perguntas vêm à minha mente diante de tanta necessidade de apoio dos órgãos legisladores. A falta de uma pesquisa voltada às enfermeiras das unidades de saúde que

atendem os usuários em nível primário de atenção à saúde, levou-me a fazer esta presente investigação, ou seja, a verificar qual o saber e o fazer das enfermeiras de unidades de saúde, do Distrito Administrativo de Santo Amaro, frente às práticas alternativas/complementares.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar o saber e o fazer das enfermeiras, que atuam nas unidades de saúde do Distrito Administrativo-71 Santo Amaro, do Município de São Paulo, sobre as terapias alternativas/ complementares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Caracterizar as enfermeiras que atuam nas unidades de saúde, junto à população.
- 2 Identificar quais são as terapias alternativas/complementares conhecidas e utilizadas pelas enfermeiras.
- 3 Verificar os resultados obtidos pelas enfermeiras com as terapias alternativas/complementares utilizadas.
- 4 Verificar as facilidades e dificuldades encontradas pelas enfermeiras, nas Unidades de Saúde, para exercerem as terapias alternativas/complementares.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizado um estudo exploratório prospectivo, sobre o conhecimento e a prática que as enfermeiras têm sobre as terapias alternativas/complementares.

Segundo Gil (1989), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, aprimorar idéias ou a descoberta da intuição. Seu planejamento é bastante flexível e envolve entrevistas com as pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado.

4.1. CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário escolhido para esta investigação foi o Distrito Administrativo – 71 (DA-71) Santo Amaro, devido à proximidade e viabilidade de visitaço de todas as unidades de sade, alm de ter sido o local onde trabalhei no perodo de 1992 a 1999.

O Projeto da Secretaria Municipal da Sade (SMS), juntamente com a Secretaria Estadual da Sade (SES), atravs da Coordenadoria de Sade da Regio Metropolitana da Grande So Paulo e da Direo Regional de Sade da capital (DIR-I), efetuou a distribuio do Municpio de So Paulo em 41 Distritos de Sade (DS) de cerca de 250.000 habitantes cada um, levando-se em conta os limites dos 96 Distritos Administrativos (DA) da

cidade, que são as bases censitárias e de dados estatísticos e epidemiológicos já existentes. As unidades de saúde da rede básica pertencem a esses distritos (São Paulo, cidade, 2001).

Os DS não foram juridicamente consolidados ainda, porque o projeto-lei que os criava não foi ainda votado. (Longa, 1999 apud Gryscek, 2001).

“Cada DS deverá ser a instância fundamental de organização e decisão do Sistema Municipal de Saúde. As Administrações Regionais de Saúde (ARS) permanecerão simplesmente como retaguarda de apoio logístico, que será utilizada de forma conjunta pelos diretores de Distritos daquela área. Dessa forma deve ficar claro que as ARS não configuram mais um nível político de SMS” (São Paulo, cidade, 2001).

As ARS, num total de dez, foram criadas em 1989, através do Decreto Municipal no 27.724/ 89, dando início à municipalização dos serviços de saúde no Município de São Paulo, que, no artigo 198 da Constituição Federal, define: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, cujas diretrizes são: descentralização, *atendimento integral com prioridade para as ações preventivas*, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade, cujos objetivos são a descentralização das atividades, hierarquização, regionalização e territorialização, regidos pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Longa 1999 apud Gryscek 2001, Santos 1995).

A partir de 2001, com a distritalização, a Prefeitura almeja pensar e agir horizontalmente, isto é, passando dos programas verticais às políticas

locais de saúde, pensadas e implementadas no âmbito distrital, como rege o SUS.

O DS 30 Santo Amaro, como se pode verificar no Mapa do Município de São Paulo, Figuras 1 e 2, é composta por quatro DA sendo: DA-16 Campo Grande; DA-58 Pedreira; DA-71 Santo Amaro e DA-79 Socorro, totalizando 359.197 habitantes, que correspondem a 3,61% da população do Município de São Paulo, com 52 Unidades de Serviços de Saúde.

O DA-71 Santo Amaro localiza-se numa área de 15,6 km², na região Sul - 2 do Município de São Paulo, e sua localização pode ser melhor visualizada nas figuras 1 e 2, nos mapas do Município de São Paulo.

Figura 1 - Mapa dos 96 Distritos Administrativos do Município de São Paulo – 2001.

Figura 2 – Mapa do Distrito Administrativo -71 Santo Amaro – 2001.

A população local é de aproximadamente 54.908 habitantes; destes, 25.652 (46,7%) concentram-se na faixa etária entre 20 a 49 anos e 30,1% acima de 50 anos, podendo-se considerar que 76,8% da população que mora na área do DA -71 possui mais de 20 anos de idade.

Como em outras localidades, o crescimento da população mais idosa está ocorrendo neste DA, o que reforça o pronunciamento da diretora da OMS, Miriam Hirschfeld, que alertou, durante a Conferência Internacional "Panorama Mundial de Home Care", em novembro, de 2001, que o "Brasil vai precisar cada vez mais de instrumentos para atender seus idosos fora das instituições hospitalares, já que não dispõe de leitos, nem recursos financeiros suficientes". Segundo Hirschfeld, "existe uma tendência global de aumento da idade da população nos próximos 20 anos e que, somente no Brasil, essa taxa de crescimento deverá ser de 200%, e a sua principal preocupação hoje está nas diferenças observadas nos processos de envelhecimento ocorridos em diferentes países. O mundo desenvolvido enriqueceu antes de envelhecer. E os países em desenvolvimento estão envelhecendo muito antes de enriquecer", destacou (Hirschfeld, 2001).

O geriatra Jacob (1998), afirma que "as políticas de saúde ainda não conseguiram fazer com que os indivíduos mais velhos tenham menos doenças do que tinham anteriormente e que qualidade de vida pode ser adquirida através da promoção de saúde, e que a maioria das doenças crônicas tem início na meia idade e se complica na terceira idade, portanto uma estratégia de proteger o idoso é detectar os primeiros sinais de uma doença crônica". Para o autor, "as principais doenças que causarão

problemas na velhice são a aterosclerose (responsável pelo infarto, derrame cerebral, obstrução das artérias das pernas), diabetes, a hipertensão (pressão alta que gera doenças no coração, rins, olhos e artérias) e a osteoporose. Todas essas doenças podem ser prevenidas antes do seu aparecimento ou minimizadas com medidas dietéticas e comportamentais, como a interrupção do ato de fumar, a prática de exercícios e o equilíbrio emocional. Utilizando técnicas de detecção precoce e ajustando os fatores alimentação, exercícios e o equilíbrio emocional ele não precisa dar remédios para seus pacientes”.

Quanto aos dados estatísticos do DA-71, do PROAIM no segundo semestre de 1999 e primeiro de 2000, revelaram que, do total de óbitos (25 óbitos no DA-71) por agressões (lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar ou de matar no sexo masculino), 22 (88%) foram na faixa de 20 a 49 anos, e é o terceiro menor índice de óbitos masculinos desta faixa etária, comparando com os outros DAs do DS Santo Amaro. A população jovem masculina de 20 a 49 anos está mais exposta às agressões (PROAIM 1999).

O coeficiente de mortalidade infantil é o mais baixo de todos os outros DAs do DS Santo Amaro, estando entre 5 e 10, enquanto que nos outros DAs estão em torno de 15 a 20 e em Marsilac o coeficiente está entre 25 e 30 óbitos a cada 1000 nascidos vivos; 85,5% da população teve óbito com faixa etária acima de 50 anos (PROAIM 1999).

O DA –71, por pertencer à cidade de São Paulo, apresenta um perfil complexo de mortalidade, onde coexistem doenças crônicas não-

transmissíveis, predominante nos países desenvolvidos, doenças infecciosas relacionadas ao subdesenvolvimento e doenças provocadas pela própria forma de organização e convívio social dos homens tais como as relacionadas à poluição ambiental, ao consumo de drogas ilegais ou não e à violência. É preciso ter consciência de que um quadro de saúde de tal complexidade, implica em investimento em políticas preventivas, de melhoria das condições gerais de vida, além de acesso e assistência à saúde de qualidade (PROAIM, 1999).

Quanto às unidades de saúde localizadas no DA-71, há unidades governamentais, particulares e filantrópicas, sendo duas unidades básicas de saúde (UBS e PAM que pertenceu ao extinto INAMPS e foi municipalizado, tendo portanto objetivos de UBS), três Centros de Referência (Trabalhador, Farmacodependência, Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS), um COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico (para AIDS), um Ambulatório de Especialidades (que atende consultas de especialistas), dois Hospitais- Dia (duas de Saúde Mental sendo uma de adultos e outra infantil), um Pronto Socorro, um hospital governamental e seis hospitais Privados ou Filantrópicos, um CeCCO (Centro de Convivência que faz parte do Programa da Saúde Mental). Os Hospitais e Pronto Socorro não farão parte do nosso universo de investigação pelo tipo de atendimento e complexidade de ações que dificultariam o desenvolvimento do estudo proposto.

Os nove Serviços de Saúde do DA Santo Amaro que possuem enfermeiras e atendem diretamente a população em assistência primária e

secundária, e que são foco desta investigação, encontram-se no Quadro 1, a seguir:

QUADRO 1: Relação da Unidades de Saúde do DA 71 e total de enfermeiras lotadas nas respectivas unidades . São Paulo- 2001.

	UNIDADE DE SAÚDE	ENDEREÇO	ENFERMEIRAS EXISTENTES POR UNIDADE
UBS	1 PAM SANTO AMARO PAULO EIRÓ	R. Paulo Eiró,19/23-Santo Amaro. Tel.: 5548 6636	2
	2 UBS CHÁCARA SANTO ANTONIO	R. Alexandre Dumas, 719 Chác.Sto AntonioTel:5181-7894	2
CR	3 CR DST/AIDS SANTO AMARO	R. Gal Roberto Alves de Carvalho Fo, 569 Tel: 5523 6052	2
	4 UNIDADE DE FARMACODEPENDÊNCIA	R. Adolfo Pinheiro, 1463 Sto Amaro.Tel.:55233566	1
	5 CR.SAÚDE DO TRABALHADOR	Av. Adolfo Pinheiro 581 Sto Amaro Tel:5523 53 82	3
CO	6 COAS SANTO AMARO	R Pro. Gabriel Netuzzi Perez 159Sto AmaroTel.: 246 99 60	1
HD	7 AMB.SAÚDE MENTAL INFANTIL hospital dia	R. Sena Milton Campos 149. ChácSto AntonioTel.: 51 81 3114	1
	8 AMB.SAÚDE MENTAL SANTO AMARO hosp.dia	R. Paula Cruz, 71 Tel.: 246 60 76	1
AE	9 AMBULATÓRIO DE ESP. DO HOSP.REG.SUL ARES	Av. Adolfo Pinheiro, 122 Santo Amaro. Tel.:5521 00 88	5

Nota: **UBS** Unidade Básica de Saúde
CR Centro de Referência
HD Hospital Dia
AE Ambulatório de Especialidades
CO Centro de Orientação

4.2. POPULAÇÃO

Nesta pesquisa foram contemplados como sujeitos da investigação todos os enfermeiros lotados nas unidades municipais de saúde do DA 71-Santo Amaro e que prestam assistência direta à população e estavam atuando no período proposto para a investigação.

Os enfermeiros destas unidades de saúde trabalham num regime de 30 horas semanais, distribuídas em seis horas/trabalho/dia, de segunda-feira a sexta-feira, em dois períodos: 7hs às 13hs ou das 13hs às 19hs. Prestam assistência integral ao paciente, priorizando ações preventivas e de promoção de cuidados básicos de saúde, além de gerenciar os recursos humanos e materiais na área de enfermagem.

A enfermeira que trabalha em Hospital Dia de Saúde Mental, atua junto a pacientes que necessitam atenção psiquiátrica, favorecendo o convívio familiar, pois o paciente passa o dia todo no Hospital- Dia e volta para sua casa à noite.

No Centro de Referência em Saúde do Trabalhador a enfermeira atende a portadores de doenças do trabalho. O centro de Referência recebe solicitações dos sindicatos para vistorias em fábricas e empresas, na perspectiva de avaliar as condições de trabalho, além de promover ações educativas junto aos trabalhadores.

No Centro de Orientação e Aconselhamento em Saúde (COAS), a enfermeira oferece a população informações e orientações sobre Doenças

Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS e no Centro de Referência DST-AIDS, atua junto aos pacientes portadores do HIV e os doentes de AIDS que estão clinicamente necessitando de atendimento ambulatorial ou internação-dia para uso de medicação específica.

No Ambulatório de Saúde Mental Infantil, a enfermeira presta atendimento a crianças de 3 a 14 anos, com problemas emocionais graves, psicóticas, neuróticas ou doentes mentais, apoiando as consultas semanais, terapias e grupos de convivência, em trabalho de equipe multiprofissional; na Unidade de Farmacodependência, presta assistência a pacientes fármacodependentes .

No Ambulatório de especialidades, a enfermeira atua junto aos pacientes que são atendidos por várias especialidades médicas, como: oftalmologia, cardiologia, ortopedista, dermatologista, pneumologista, neurologista, além das especialidades das unidades básicas de saúde, como psiquiatria, pediatria, clínica médica, e ginecologista. Nas unidades básicas de saúde, a enfermeira presta assistência ao usuário nas necessidades de promoção, prevenção, curativa e manutenção de sua saúde e gerencia a equipe de enfermagem.

4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados da presente pesquisa, foi elaborado um questionário, semi-estruturado, com respostas fechadas e abertas para que os entrevistados pudessem externar suas idéias e opiniões (anexo 3), buscando captar o máximo de informações que traduzissem o saber e o fazer das enfermeiras; embora sabendo que o questionário, mesmo bem elaborado, pode ter limitações; entre o saber e o fazer real e o dizer sobre aquilo que se sabe e faz há uma distância, pois nem sempre a idealização é semelhante à prática do cotidiano” (Ciosak, 1994).

O questionário foi composto de duas partes: a primeira, relacionada ao perfil das enfermeiras, abordando os dados pessoais, a formação e atuação profissional e a segunda, relacionada ao saber e fazer das enfermeiras em relação às terapias alternativas/complementares.

Para validar o instrumento de pesquisa adotado, foi realizado um teste-piloto, aplicando-se o questionário em duas enfermeiras do Núcleo Epidemiológico de Pesquisa e Investigação (NEPI), que não faziam parte da população amostrada. Após análise e avaliação, o questionário foi modificado e simplificado de forma a não haver repetição e ter complementaridade nas respostas.

4.4. COLETA DE DADOS

Após aprovação desta investigação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, atendendo a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde do Brasil, foi consultado o Prof Dr Jair Lício Ferreira dos Santos, do Departamento de Estatística da Faculdade de Saúde Pública da USP, para avaliar a amostragem da população a ser investigada, o qual reforçou que a investigação deveria envolver todas as enfermeiras das nove unidades selecionadas do DA-71.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2001. Inicialmente foi feito um contato com a diretora do NEPI da ARS -9, que atua junto às unidades de saúde do DA 71, para apresentação do projeto de pesquisa, e, após sua anuência, foi solicitada a relação dos nomes de diretores e enfermeiras das unidades, que estariam participando deste estudo

Após contato pessoal com cada um dos diretores, das nove unidades, solicitando o consentimento para a realização da aplicação do questionário (Anexo 4), este foi preenchido pelas enfermeiras que consentiram previamente em participar do presente estudo (Anexo 5).

Como a participação foi voluntária, foi garantido o sigilo das respostas e também firmado um compromisso para a apresentação dos resultados desta pesquisa, caso houvesse interesse dos entrevistados.

Como nem todas as enfermeiras estavam presentes na unidade no momento da visita, foi solicitada a cooperação do diretor ou da enfermeira presente, para que todos os questionários fossem preenchidos e devolvidos posteriormente, na data agendada do retorno.

4.5. TRATAMENTOS DOS DADOS

A análise dos dados foi feita pelo método quantitativo – estatístico com leitura qualitativa de alguns dados.

A análise e interpretação dos dados quantitativos foram realizadas pela codificação das respostas e tabulação manual dos dados atrelados aos objetivos da pesquisa, apresentados em forma de tabelas de frequência e gráficos.

Ao se desenvolver uma proposta de investigação ou até mesmo no desenvolver das etapas de uma pesquisa, vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações para se cumprirem os objetivos do trabalho pois, qualquer pesquisa que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo (Minayo, 1992); portanto, a análise dos dados, numa abordagem qualitativa, foi o recurso utilizado para as respostas às questões não estruturadas, nas quais livremente as enfermeiras puderam manifestar suas opiniões.

A análise de alguns dados descritivos foi realizada pela leitura detalhada das declarações para perceber os temas recorrentes e as afirmações que surgiram espontaneamente. Foram listados os conteúdos, de modo a permitir a verificação de sua frequência numérica e de forma a facilitar a leitura e análise das respostas escritas pelas enfermeiras. Foram considerados tanto os relatos e expressões que mais se repetiam, quanto as

declarações que pareciam não ter correlação com as perguntas. Os conteúdos foram agrupados segundo respostas semelhantes, para facilitar a tabulação e relacionar a sua frequência.

Algumas informações, consideradas relevantes foram transcritas na sua íntegra, para enriquecer e reforçar a análise estatística dos resultados.

Para a Classificação das TA/C citadas pelas enfermeiras foi usada como referência a Classificação de Hill (Anexo 1).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico, foram expostas, de maneira conjunta, a análise descritiva e interpretativa, na tentativa de ampliar a compreensão dos resultados obtidos.

Os resultados foram organizados em duas partes: a primeira, que permitiria visualizar a caracterização da população estudada e a segunda, relacionada ao saber e ao fazer das enfermeiras, abordando a percepção, aceitação e adoção das terapias alternativas/complementares.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Percorrendo as nove Unidades de Saúde do DA-71 Santo Amaro, foram entrevistadas 18 enfermeiras*, que correspondem ao total dos profissionais destas unidades, sendo 17 (94,4%) do sexo feminino e somente um (5,6%) do sexo masculino.

Os mesmos resultados foram também constatados por Bezerra, 2000; Oguisso, 1998, 1984; Ciosak, 1994, confirmando mais uma vez que esta profissão continua sendo predominantemente feminina (cerca de 95%).

Como algumas práticas religiosas ou filosofias de vida condenam ou reforçam algumas práticas alternativas, buscou-se entre as entrevistadas conhecer esta prática e verificamos que embora 15 (83,3%) enfermeiras referem ter uma filosofia de vida ou uma religião, existe uma grande heterogeneidade quanto à sua prática: 4 (22,2%) enfermeiras são Católicas; 3 (16,7%) são Adventistas e 3 Kardecistas (Tabela 1).

Também foram referidas o Budismo, Messiânica, Batista e Protestante, a filosofia de vida de *“amar ao próximo”*, mostrando existir oito diferentes religiões ou filosofias e um ateísmo entre as enfermeiras entrevistadas; 2 (11,1%) não responderam, neste quesito (tabela 1).

Fez-se um levantamento das Escolas de Enfermagem nas quais as enfermeiras se graduaram, levando em conta a procedência de Região,

* Como a população foi constituída por quase sua totalidade pelo sexo feminino, neste trabalho adotaremos a denominação enfermeira para designar o profissional em questão.

Estado e, quando graduada em São Paulo, se da capital ou do interior, para verificar se a localidade influenciaria no saber e fazer em TA/C.

Buscando, ainda, apreender a influência da formação no conhecimento, percepção e aceitação das TA/C, as Escolas de Enfermagem foram classificadas em públicas e privadas.

A Tabela 1, foi construída de modo a permitir uma visualização ampla sobre as Escolas e sua origem, além de acompanhar a trajetória dos alunos de cada Escola após a sua graduação. Nela podemos observar que as enfermeiras se graduaram em 11 diferentes Escolas de Enfermagem das quais 5 (45,4%) são Escolas de Enfermagem Públicas (EEPú), e 6 (54,6%) são escolas de Enfermagem Privadas (EEPr). A maioria da enfermeiras, 12 (66,7%) é oriunda de Escolas de Enfermagem privadas (EEPr) e apenas 6 (33,3%) de Escolas públicas (EEPú).

TABELA 1: **RELAÇÃO DAS RELIGIÕES, ESCOLAS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÕES DAS ENFERMEIRAS DO DA-71 QUANTO À SUA ORIGEM. SÃO PAULO - 2001**

PERFIL DAS ENFERMEIRAS	EEPu						EEPr						TOTAL	
	SP cap		SP int.		out.est		SP cap		SP int.		out.est		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
RELIGIÃO														
CATÓLICA	1	5,6	-	-	2	11,1	1	5,6	-	-	-	-	4	22,2
ADVENTISTA	-	-	-	-	-	-	3*	16,7	-	-	-	-	3	16,7
KARDECISTA	-	-	-	-	1	5,6	2	11,1	-	-	-	-	3	16,7
PROTESTANTE/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
BUDISTA	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6
MESSIÂNICA	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
BATISTA	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
OUTRAS (amar ao próximo)	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
NÃO CITOUCITOU	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6
NENHUMA	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	2	11.1
ESCOLA GRADUAÇÃO														
FAE - SP cap.	-	-	-	-	-	-	6*	33,3	-	-	-	-	6	33,3
EESJ - SP cap.	-	-	-	-	-	-	2	11,1	-	-	-	-	2	11,1
EEUSP - SP cap.	2	11,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11,1
FESC – SP cap.	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
FIG– SP cap.	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
FEBM – SP int.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
UFJF - MG	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	1	5,6
EEWB- MG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
UFBA - BA	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	1	5,6
UFPB - PB	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	1	5,6
UFPA - PA	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	1	5,6
PÓS GRADUAÇÕES CURSADAS														
Mestrado	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6
Adm.hospitalar	-	-	-	-	-	-	4	22,2	1	5,6	-	-	5	27,7
Gerenc. Enfermagem	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
Espec. S. Pública	-	-	-	-	-	-	2*	11,1	-	-	1	5,6	3	16,7
Hab. S. Pública	-	-	-	-	-	-	2	11,1	-	-	-	-	2	11,1
Enf. doTrabalho	-	-	-	-	-	-	2*	11,1	-	-	-	-	2	11,1
Educ. em S. Pública	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6
Habil. Obstetrícia	-	-	-	-	-	-	3	16,7	-	-	1	5,6	4	22,2
Licenciatura	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	2	11,1
Estomaterapeuta	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-	2	11,1
Habil.Médic Cirúrg.	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
Nefrologia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	1	5,6
CCIH	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
Nenhuma	-	-	-	-	3	16,7	1	5,6	-	-	-	-	4	22,2

*O NÚMERO COM ASTERISCO SE REFERE AO LOCAL EM QUE SE ENCONTRA O ENFERMEIRO NA TABELA.

Observamos que das 6 (33,3%) enfermeiras que se graduaram em EEPú, duas se formaram na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP (SPcap); as outras quatro se formaram nas seguintes Regiões do Brasil: Norte, na Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Universidade Federal de Pará - UFPA (PA); Nordeste, na Universidade Federal de Paraíba –UFPB(PB) e na Universidade Federal de Bahia – UFBA (BA) e da Região Sudeste, além de São Paulo já citado, na Universidade Federal de Juiz de Fora –UFJF(MG). (Tabela 1).

Todas as 12 (66,7%) enfermeiras formadas em EEPr, são provenientes da Região Sudeste do Brasil; a grande maioria, isto é 10 (55,5%) , são de São Paulo, capital, sendo que mais da metade, ou seja seis enfermeiras se formaram pela Faculdade Adventista de Enfermagem FAE(SPcap.); duas na Escola de Enfermagem São José – EESJ (SP.cap.); uma na Faculdade de Enfermagem São Camilo – FESC (SPcap.); uma nas Faculdades Integradas de Guarulhos - FIG (SP.cap.); uma enfermeira se formou na Faculdade de Enfermagem Barão de Mauá- Ribeirão Preto - FEBM(SP.int.); e outra na Escola de Enfermagem Wenceslau Brás- EEWB, Itajubá (MG). (Tabela 1).

Podemos, assim, verificar uma grande diversidade na procedência e de escolas de Graduação, mas chama a atenção o fato de, as enfermeiras provenientes de Estados do Norte e Nordeste, serem todas provenientes de EEPús, talvez até pelo fato de nestas regiões não existirem um núcleo expressivo de escolas privadas de graduação em enfermagem.

É interessante observar que, ao analisarmos as enfermeiras que se graduaram em outros Estados, num total de cinco, quatro são provenientes de EEPÚ. (Tabela 1).

Os dados, ainda, nos mostram que apenas 6 (33,3%) enfermeiras graduadas por EEPÚ estão trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde do DA-71; a grande maioria, isto é 12 (66,7%) se formaram por EEPr, sendo que destas, como vimos, a metade são ex-alunas da FAE. Como a FAE está localizada na Região Sul do Município de São Paulo, e próximo das unidades investigadas, talvez explique estes 33,3% das enfermeiras provenientes desta escola.

Silva (1999) já dizia que "o paradigma emergente evita tratar de forma isolada o processo saúde-doença, que tende a ser visualizado com um *continuum*, (isto é, é histórico, altera no tempo e espaço) em que a saúde deixa de ser um estado estático de perfeito bem estar, subentendendo-se mudanças contínuas aos desafios ambientais e ao equilíbrio dinâmico do organismo, que envolve aspectos físicos, psicológicos, mentais, sociais e espirituais".

Não se pode desconsiderar, como refere Rizotto (1999) que as "atividades humanas sempre foram mediadas pela tecnologia e que ela é necessária para o desenvolvimento da humanidade". O que parece crucial para a autora, e concordo com ela, nessa questão, é a "distorção que sofreu, no campo da saúde, onde a tecnologia de ponta é vista como a melhor ou a única alternativa para a melhoria da qualidade de saúde".

“Na medicina curativa a causalidade das doenças é restrita a agentes etiológicos, desconsiderando os determinantes sociais, ambientais e psíquicos das patologias, os esforços técnicos-científicos concentram-se no combate e na cura das doenças orgânicas, com o objetivo de suprimir as desagradáveis manifestações sintomáticas e restituir a normalidade e o funcionamento perfeito (fisiológico) ao organismo. Isso levou a uma preponderância das intervenções curativas, em relação aos outros níveis de atenção à saúde no Brasil. O trabalho médico curativo sempre foi quantitativamente superior em relação à atenção primária” (Rizotto,1999).

Foi realizado também um levantamento sobre as Pós Graduações (PG) cursadas pelas enfermeiras, para averiguar quais os cursos ou tendências que as enfermeiras buscaram, para complementar sua formação básica e se algumas já demonstraram interesse nas áreas de TA/C.

As especializações ou PG cursadas pelas enfermeiras foram as seguintes: Mestrado (*Latu senso*), Administração Hospitalar, Gerenciamento de Enfermagem, Especialização em Saúde Pública, Habilitação em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho, Educação em Saúde Pública, Habilitação em Obstetrícia, Licenciatura em Enfermagem, Estomaterapia, Habilitação Médico- cirúrgica, Psiquiatria, Nefrologia e em Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, como mostra a Tabela 1.

Observa-se, ainda, pela Tabela 1, que as enfermeiras do DA 71 frequentaram um total de 27 cursos de pós graduações, sendo 23 (85%) cursadas pelas enfermeiras de EEPr. Chama a atenção o fato de que 13 (48%) especializações foram cursadas por seis enfermeiras graduadas pela

FAE o que corresponde a uma média de mais de dois cursos por enfermeiras.

As enfermeiras provenientes de estados do Norte e Nordeste e uma de SPcap., isto é 4 (22,2%) no total, não têm PG.

Oito(44,4%) enfermeiras, fizeram PG em áreas relativas à Saúde Pública, que são: Especialização em Saúde Pública, Habilitação em Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho e Educação em Saúde Pública. É interessante notar que sete enfermeiras das oito que se especializaram em Saúde Pública, são formadas em EEPr. (Tabela1).

Outras 6 (33,3%) enfermeiras, todas de EEPr, tem pós graduação em áreas de gestão: em Administração Hospitalar ou Gerenciamento de Enfermagem, áreas estas, muito utilizadas no processo de trabalho das enfermeiras em Unidades de Saúde Municipais (Tabela 1).

Em investigação realizada por Oguisso (1984), há 17 anos verificou-se que houve proporcionalmente um maior interesse nos cursos de PG. Nas áreas de Saúde Pública e Administração Hospitalar, quando então os resultados apontaram respectivamente 30% e 24,7%.

Embora só uma enfermeira tenha o mestrado, e esta seja proveniente de EEPú, é bem claro pela Tabela 1, que há uma procura maior e talvez até esforço por parte das enfermeiras de EEPr em buscar aprimoramento.

Ao observar a Tabela 1, nota-se que tres das quatro PG cursadas pelas tres enfermeiras da EEPú, estão relacionadas com a área de Ensino (Mestrado, Licenciatura e Educação em Saúde Pública) e uma em estomaterapia.

As enfermeiras de EEPr se especializaram em sua grande maioria na áreas de Saúde Pública e Administração, cursos que com certeza instrumentalizaram-nas em suas funções e atividades, mas outros cursos podem ser elencados, como: Habilitação em Obstetrícia, Licenciatura em Enfermagem, Estomaterapia, Habilitação em Médico- cirúrgica, Psiquiatria, Nefrologia e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Sintetizando, podemos observar pela Tabela 2, que 14 (77,8%) enfermeiras tem pelo menos uma PG. Oguisso (1984) em sua investigação também encontrou resultados semelhantes, no qual 71,5% de profissionais eram portadores de um curso longo de habilitação em enfermagem ou especialização. Estes dados nos levam a acreditar que as enfermeiras, incluindo as de unidade básica de saúde, de modo geral vem se empenhando em especializar-se. Fica claro que algumas buscam aprimorar-se com mais de um curso de PG, visto que 8 (44,4%) tem duas especializações, enquanto que 4 (22,2%) (das quais tres de EEPú de Pará, Paraíba e Bahia) não fizeram cursos de PG em nenhuma área. Chama atenção, ainda, que nenhuma das enfermeiras entrevistadas cursou PG em Terapias Alternativas/ Complementares.

Podemos, também, verificar pela Tabela 2 que foram cursadas 0,7 PG por enfermeira formada em EEPú e 1,9 por enfermeira de EEPr e que na média existem 1,5 cursos de PG por enfermeira. Dados semelhantes a estes, isto é, 1,6, foram encontrados por Oguisso (1984), em sua tese, ao estudar 394 enfermeiros, lotados em serviços ambulatoriais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de São

Paulo e Rio de Janeiro, que tem suas atividades enfocadas nos cuidados básicos de saúde, na assistência primária.

TABELA 2: RELAÇÃO DO NÚMERO DE PÓS GRADUAÇÕES POR ENFERMEIRAS DO DA-71 E A SUA ORIGEM. SÃO PAULO – 2001.

ESCOLAS DE GRADUAÇÃO			PÓS GRADUAÇÕES			
P Ú B L I C A	REGIÃO	ESCOLAS DE ENFERMAGEM	TOTAL POR ESCOLAS		TOTAL	
			N	%	N	N
	Sudeste	EEUSP	2	11,1	1-2	4
		UFJF	1	5,5	1	
	Norte	UFPA	1	5,5	0	0
	Nordeste	UFBA	1	5,5	0	
		UFPB	1	5,5	0	0
SUB TOTAL	3 regiões	5 Escolas	6	33,3	0,7/enfermeira	4
P R I V A D A	SP capital 10	FAE	6	33.3	0-2 2-2 3-4	13
		ESC	1	5.5	1	1
		EESJ	2	11.1	1-2	3
		FIG	1	5,5	2	2
	SP interior 01	Rib.Preto	1	5,5	2	2
	Sudeste	MG	1	5,5	2	2
SUB TOTAL	1 região	6 escolas	12	66,7	1,9/enfermeira	23
TOTAL	18	11	18	100	1,5/enfermeira	27

Pela Tabela 3, podemos observar que as enfermeiras do DA-71, são profissionais com certo grau de maturidade, visto que 15 (83,32%) enfermeiras tem mais de 35 anos de idade, e quase a metade deste número ou seja, 7 (38,88%) enfermeiras, tem acima de 45 anos. Ainda que duas enfermeiras se recusaram a dar esta informação, pelo tempo de formatura apresentado no item seguinte, ambas com mais de 15 anos de formatura, pode-se inferir que estas enfermeiras possuem mais de 35 anos, também. Logo, são 17 (94,4%) enfermeiras no total, com idade acima de 35 anos.

TABELA 3 : RELAÇÃO DAS ESCOLAS DE ORIGEM E DO TEMPO EM ANOS, DA FAIXA ETÁRIA, FORMATURA, ATUAÇÃO NO SERVIÇO PÚBLICO E NO SERVIÇO ATUAL DAS ENFERMEIRAS DO DA-71. SÃO PAULO- 2001.

ESCOLA DE ORIGEM	EEPu						EEPr						TOTAL	
	SP cap.		SP int.		out.est		SP cap.		SP int.		out.est		18	100%
TEMPO (ANOS)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAIXA ETÁRIA														
25 I---30	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
30 I--35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
35 I----40	-	-	-	-	1	5,6	3*	16,7	-	-	-	-	4	22,2
40 I-----45	-	-	-	-	2	11,1	2	11,1	-	-	-	-	4	22,2
45 I---50	2	11,1	-	-	1	5,6	3	16,7	-	-	1	5,6	7	38,9
s/ informação	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6	-	-	2	11,1
FORMATURA														
0I-----5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 I-----10	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
10I----15	-	-	-	-	1	5,6	2*	11,1	-	-	-	-	3	16,7
15I----20	-	-	-	-	3	16,7	4	22,2	1	5,6	-	-	8	44,4
20I----25	2	11,1	-	-	-	-	3	16,7	-	-	-	-	5	27,8
25I----30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
SERVIÇO PÚBLICO														
0 I-----5	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
5 I-----10	-	-	-	-	2	11,1	1	5,6	1	5,6	-	-	4	22,2
10I--15	-	-	-	-	1	5,6	4*	22,2	-	-	-	-	5	27,8
15 I--20	1	5,6	-	-	1	5,6	3	16,7	-	-	-	-	5	27,8
20 I---25	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	2	11,1
25I---30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	5,6
UNIDADE ATUAL														
0 I-----5	-	-	-	-	1	-	8*	44,4	1	5,6	1	5,6	11	61,1
5 I-----10	1	5,6	-	-	2	11,1	1	5,6	-	-	-	-	4	22,2
10 I--15	-	-	-	-	-	-	1	5,6	-	-	-	-	1	5,6
15 I--20	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	2	11,1
20 I--25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25I---30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*O NÚMERO COM ASTERISCO SE REFERE AO LOCAL EM QUE SE ENCONTRA O ENFERMEIRO NA TABELA

Oguisso (1984), também, constatou em sua pesquisa que as enfermeiras que trabalham em unidades básicas de saúde pertenciam à faixa etária acima de 30 anos na sua maioria.

A Tabela 3 e o Gráfico 1 apontam que quase a metade das enfermeiras, ou seja oito (44,4%), tem de quinze a vinte anos de formada e que seis (33,4%) tem mais de vinte anos de formada, sugerindo estar no mercado de trabalho há muitos anos, como confirmam os dados seguintes revelando que 13 (72,2%) enfermeiras tem mais de dez anos de trabalho no Serviço Público, demonstrando ser um grupo de enfermeiras estáveis no sistema de trabalho acrescentando assim ao saber acadêmico, um saber enriquecido pela prática da profissão. Das 18 enfermeiras, 11 (61,1%), atuam há menos de cinco anos na unidades atuais.

Como análise desta situação, lembramos que em meados de 1996 isto é, há cinco anos atrás, foi introduzido o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) caracterizado pela consolidação de convênios entre a PMSP e cooperativas gerenciadoras de módulos prestadores de assistência à saúde, estes constituídos pelos recursos humanos municipais e por módulo administrativo, no total 14. Este novo gerenciamento culminou com uma redistribuição de pessoal, pois a adesão ao PAS era voluntário e muitos servidores que não aderiram a este modelo de atendimento à saúde, foram deslocados para outras secretarias, muitos foram transferidos do seu local habitual de trabalho e outros deixaram o serviço público e foram substituídos. (Motta C, Sá E, Oliveira JEG, Parizi R, Monteleone PPR, Paiva EV et al, 1997).

A situação juntamente com a mudança de partidos de governos municipais a cada nova eleição, pode ser um dos fatores de deslocamento das enfermeiras para outras unidades e, conseqüentemente, a permanência em menos de cinco anos no local atual, como mostra a Tabela 3 e Gráfico 1.

Esta rotatividade é prejudicial a qualquer adoção e implantação de programas de atendimento à população e este fato poderia ser um entrave, principalmente, ao se pensar em introduzir as TA/C para o atendimento do usuário pela enfermeira; seria importante que não houvesse muita rotatividade nos locais de trabalho, para se poder conhecer melhor o usuário, suas crenças, sua cultura, incluindo o uso de tratamentos caseiros o que poderia contribuir para que a enfermeira pudesse planejar melhor o atendimento à população, incorporando o “saber popular” nas ações de prevenção e promoção à saúde.

Deste modo, caracterizamos as enfermeiras que atendem a população nas unidades de saúde do DA-71, que mostra grande diversidade na origem de graduação, pós graduações e religiões, adultas na sua maioria

acima de 35 anos de idade e com experiência de Serviço Público. Apesar de todas essas características heterogêneas e de vivência em Saúde Pública, espera-se destas enfermeiras uma maior conscientização em conhecer bem a necessidade da população em sua área de abrangência, incluindo a cultura e as crenças que envolvem as TA/C mais aceitas ou divulgadas dentro da comunidade, para assim capacitarem-se de modo a contemplar uma assistência com qualidade na prevenção e promoção da saúde, pois o saber científico enriquecido com o saber popular, é um dos caminhos para alcançar uma visão holística no atendimento à população.

Se pensarmos em mudanças de paradigma, do mecanicista para o holístico, onde as práticas complementares são um meio de atuar com o paciente em atenção integral à sua saúde, será necessário investir na formação da Enfermeira, para que entenda a necessidade primordial de investir seus conhecimentos na promoção da saúde e no atendimento integral ao paciente.

Oguisso e Schmidt (1999), colocam com propriedade que "os enfermeiros precisam concentrar esforços e estar preparados para os vários níveis de prevenção e promoção da saúde, e não apenas para tratar e cuidar de pacientes institucionalizados"

5.2. O SABER E O FAZER DAS ENFERMEIRAS FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES

5.2.1. O SABER DAS ENFERMEIRAS FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES

Neste tópico será apresentado e discutido o modo como as enfermeiras percebem e reagem frente às TA/C.

A Tabela 4 nos mostra que quase todas as enfermeiras, ou seja 16 (89%), acreditam nas TA/C; apenas uma não acredita e outra não respondeu. Estas duas enfermeiras pertencem a escolas privadas. A enfermeira que não acredita em TA/C, trabalha com pacientes psiquiátricos e acha que estes associam TA/C a misticismo, acredita também que só os medicamentos alopáticos são adequados. Pela Tabela 4, percebemos que das todas as enfermeiras de escolas públicas acreditam nas TA/C, mais da metade, ou seja 4 (66,7%) têm experiência com estas práticas; já no grupo proveniente de escolas privadas, num total de 12 enfermeiras, das 10 (83,4%) que acreditam somente 4 (41,7%) têm experiência. Os dados mostram que da totalidade de enfermeiras menos da metade, ou seja, somente 8 (44,4%) têm experiência nesta área.

Um fato chama a atenção, nos dados da Tabela 4, pois apesar do COREN ter promulgada a Resolução COFEn-197/97(Anexo2), que "*estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem*", (Coren, 1997), há mais de

quatro anos, apenas 4 (22,2%) enfermeiras sabem da existência de um amparo legal para praticarem as TA/C, ou seja, 14 (77,8%) do total das enfermeiras, referem não conhecer o respaldo legal do Conselho.

Apesar do tempo de formadas, 5 (83,37%) enfermeiras de EEPú e 9 (75%) de EEPr, fazem parte deste rol de enfermeiras que desconhece esta Resolução. Então, somente uma enfermeira de EEPú de Paraíba e três provenientes de EEPr (FSC, FAE e EEWB), sabiam da existência do respaldo legal (Tabela 4).

O elevado número de enfermeiras desatualizadas nesta legislação em particular, deve-se em parte à falta de hábito em acompanhar a legislação, de modo particular a da Enfermagem. É necessário uma maior conscientização sobre a importância de acompanhar Leis, Portarias e Decretos, especialmente na área da saúde. Só assim estaremos colaborando no engrandecimento da profissão e, com isso, assegurando formas de melhor atender às necessidades de saúde da comunidade.

**TABELA 4: O SABER DAS ENFERMEIRAS DO DA – 71
FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES.
SÃO PAULO– 2001.**

SABER DAS ENFERMEIRAS NAS TA/C	EEPu						EEPr						TOTAL TOTAL TOTAL					
	SIM		NÃO		S/RESP		SIM		NÃO		S/RESP		SIM		NÃO		S/resp	
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
CREDIBILIDADE	6	100	0	0	0	0	10*	83,4	1	8,3	1	8,3	16	89	1	5,5	1	5,5
EXPERIÊNCIA	4	66,7	2	33,3	0	0	4	41,7	8*	58,3	0	0	8	44,4	10	55,6	0	0
CONHECE LEI	1	16,7	5	83,3	0	0	3*	25	9	75	0	0	4	22,2	14	77,8	0	0
CONHECE CURSO (especialização)	1	6,7	5	83,3	0	10,7	1	8,3	11*	91,7	0	0	2	11,1	16	88,9	0	0
FEZ CURSO (qualquer carga horária)	0	0	6	100	0	0	1*	8,3	11	91,7	0	0	1	5,5	17	94,5	0	0
TOTAL	6 enf de EEPu= 100%						12 enf de EEPr =100%						Total de 18 enf = 100%					

* localização do profissional enfermeiro masculino

A própria presidente do COREN de São Paulo, em exercício, nos alerta que "é dever do Enfermeiro manter-se atualizado sobre todos os assuntos relacionados ao exercício de sua profissão". (COREN, 2001).

Rizotto (1999), analisa que existe uma certa resistência, por parte da maioria dos enfermeiros, em discutir questões teóricas que não tenham "utilidade prática imediata". Dificilmente discutem-se concepções, conceitos, princípios e diretrizes que fundamentam ou deveriam fundamentar a prática profissional. Parte-se do pressuposto de que essas discussões não são relevantes para o exercício da profissão, e freqüentemente, o exercício profissional reduz-se a um voluntarismo e um ativismo que compensam ou camuflam as frustrações dos resultados inicialmente esperados, para qualquer projeto profissional. Essa resistência não constitui uma opção consciente dos enfermeiros pela concepção pragmática, mas parece ser o resultado da ausência do exercício de reflexão teórica durante a sua formação e que se perpetua durante sua vida profissional. As exceções são produtos de determinados "acazos", construídos normalmente fora do campo de discussões específicas da Enfermagem, e elas têm contribuído muito para o crescimento da profissão nas últimas décadas."

Pesquisando sobre os cursos de TA/C e a sua frequência, verificamos que a maioria isto é, 16 (89%) enfermeiras não conhecem cursos que as tornam especialistas em TA/C. Duas enfermeiras mencionaram nomes de cursos mas sem exatidão, ao responder qual curso conhece: uma (do EEPÚ) escreveu *se não me engano, no CEFOR (Centro de Formação), tem curso de Florais* não demonstrando nenhuma certeza na sua afirmativa; a outra

enfermeira referiu que *tem um na Escola Paulista de Medicina e tem alguns como I CHING*, mas não referiu nada mais concreto.

Ainda pela Tabela 4, o único enfermeiro foi também o único profissional que disse ter feito curso na área de TA/C com carga horária de 20hs, durante a graduação de enfermagem, na FAE. As outras 17 (94,5%) enfermeiras **não fizeram cursos** em TA/C nem com carga horária inferior a 360hs e nem superior que caracterizaria o nível de especialização, conforme rege a Resolução COFEN 197/97 (anexo 2).

Como vimos anteriormente quanto ao perfil das enfermeiras, 14 (77,8%) enfermeiras destas unidades de saúde se formaram há mais de 15 anos ou seja se graduaram antes de 1986 e nessa época pouco se falava sobre TA/C, desta forma, parece que elas não receberam formação em outras terapias além das tradicionais e mesmo assim, 89% acredita nas TA/C.

Barbosa, Egry, Queiroz (1993), referem que a "ausência das terapias alternativas nos currículos das escolas é um fator coadjuvante para o não reconhecimento científico. As Escolas de Enfermagem não estão preparando enfermeiras capazes de entender, distinguir, o que se tem de terapêuticas alternativas produtivas, positivas, das que são charlatanismo e o que podem trazer algum risco ao usuário". Passaram-se oito anos desde que foi feita esta afirmativa e podemos constatar na população desta pesquisa, que estas enfermeiras também, não tiveram durante a sua formação incentivos para conhecerem as TA/C e assim, poderem usá-las, recomendá-las, distingui-las das que realmente podem contribuir no

atendimento ao cliente, em relação às práticas de charlatanismos e que podem oferecer riscos à população.

Pelo fato de saber que 13 (72,3%) enfermeiras, trabalham há mais de dez anos em serviço público de saúde (Tabela 2), podemos deduzir que elas tiveram algum conhecimento sobre TA/C, através de relato de experiência dado pelos usuários, porém, não tiveram treinamentos ou fundamentação nesta área, para poderem validar com segurança estes conhecimentos e discerni-los entre práticas recomendáveis ou não.

A Tabela 2 mostrou que 11 (61,1%) enfermeiras trabalham na unidade atual há menos que cinco anos; mas este tempo de serviço em um mesmo local, implica no conhecimento da população que é atendida, suas características, seu perfil epidemiológico, seu processo de saúde - doença. Na região de Santo Amaro, tem-se muitos usuários de unidades de saúde provenientes do norte e nordeste do Brasil, onde pela carência de atendimento médico, pela cultura dentre outros fatores, é comum o uso de TA/C, como a fitoterapia. Nesta região há também usuários que mantêm as suas tradições caseiras no cuidado de sua saúde. A enfermeira da unidade que vivência esta diversidade de culturas e modos de tratamentos de saúde, no seu dia a dia de trabalho, possivelmente tem visto o uso de várias terapias e práticas alternativas/ complementares com resultados que confirmam a sua eficácia, dando assim, na prática, mais credibilidade às TA/C.

Considerando estes dados através da Tabela 4 e dos Gráficos 2, 3 e 4, sobre saber das enfermeiras, respectivamente na sua totalidade, em

EEPú e EEPr, podemos observar que, as enfermeiras graduadas em EEPú acreditam nas TA/C, têm experiência, mas desconhecem legislação que as respaldam e nenhuma referiu conhecer algum curso de TA/C.

Gráfico 2: Saber das Enfermeiras do DA -71 em relação às TA/C. São Paulo-2001

Gráfico 3: Saber das Enfermeiras de Origem de EEPú do DA- 71 em relação às TA/C São Paulo - 2001

Ao comparar com as graduadas em EEPr, estas enfermeiras proporcionalmente acreditam menos e também têm menor experiência em relação às TA/C. Quatro das seis enfermeiras de EEPú, que provêm dos estados de Pará, Paraíba, Bahia e Minas Gerais, referem ter maior credibilidade e experiência e menos teoria; das 12 enfermeiras de EEPr, 10 (55,6%) estudaram na cidade de São Paulo sendo que 6 (50%) estudaram na mesma escola e mostraram ter menos credibilidade e experiência.

Ao sugerir alguma estratégia para a educação continuada e para especializações destas enfermeiras em TA/C, poderíamos pensar na afirmação de Gryscek (2001), quando diz que “o processo ensino aprendizagem adotado deverá privilegiar as experiências de vida dos profissionais, considerando-o como indivíduos adultos, com desejos e potencialidades, bem como, viabilizando a transformação da prática”. Assim muitos conhecimentos teóricos poderiam ser enriquecidos com a prática vivenciada no dia a dia, nas unidades de saúde.

Nogueira (1983), colocou há quase 20 anos que a enfermeira é um “profissional que vem sendo subutilizado pelos sistemas de assistência

primária. Sua função terapêutica ainda não é bem aceita. Uma das providências é que é necessário que as enfermeiras reconheçam a importância de sua atuação e aceitem o seu novo papel. É necessário que as enfermeiras decidam aceitar as novas responsabilidades e redefinam suas ações nos serviços de saúde” e parece que esta situação não se reverteu. Prosseguiu dizendo que “é preciso ainda rever as restrições legais e profissionais que estão impedindo o desenvolvimento deste papel e melhorar o preparo profissional de enfermeiros já graduados e que irão se graduar. Além disso, para que a enfermeira possa exercer suas novas funções junto à população, há necessidade de não só aumentar o número deste profissional mas, sobretudo, de redistribuí-lo em serviços de enfermagem reorganizados e melhor localizados em função da população mais carente, com condições sócio econômicas precárias, da periferia da Grande São Paulo”.

Como vemos, as enfermeiras continuam sendo subutilizadas pelos sistemas de assistência primária e sua função terapêutica ainda não é bem aceita na mídia. Ao observarmos a realidade das enfermeiras desta investigação, podemos perceber, que para serem aceitas como terapeutas, primeiro necessitariam reconhecer a importância de seu papel e perceber que outros profissionais não ligados à área da saúde estão cada vez mais preenchendo este espaço. A população tem necessidades para manutenção de sua saúde, mas pela dificuldade em encontrar nos serviços de saúde um atendimento integral, e recursos para atender as suas necessidades, cada

vez mais, tem buscado outras instituições profissionais, não da saúde, para sanar este problema.

Os tempos mudaram. Novos conhecimentos estão surgindo a cada dia com a globalização das culturas e, com isso, muitas terapias se tornaram mais acessíveis, pelo seu baixo custo e eficácia, como por exemplo, as terapias que reequilibram a energia vital do paciente, trazendo a harmonia e o seu bem estar, seja ela através do Toque Terapêutico, Reiki, Relaxamento ou Meditação, dentre outros.

A enfermeiras precisamos decidir e aceitar este novo papel ao invés de esperar que alguém faça por nós, mas para isso, se faz necessária a instrumentalização das enfermeiras, que atuam nas unidades de saúde, com o conhecimento teórico e prático sobre as TA/C mais usadas na nossa realidade, para poderem aplicar e orientar os usuários com competência e segurança.

É importante compreender que não serão os outros profissionais, as instituições de saúde ou mesmo as Escolas de Enfermagem, quem darão um novo espaço de conhecimento e atuação para as enfermeiras, é preciso ter consciência que o espaço somos nós mesmas quem o conquistamos, ao mostrar que somos capazes de atender com sabedoria e segurança as necessidades da população. O saber e o fazer em TA/C é um "velho caminho novo" que se abre para a enfermagem.

Para conquistarmos este espaço é importante estarmos preparadas com conhecimento adequado e reconhecido, para firmar nossa posição nas unidades de saúde. Neste aspecto seria de grande valia, que na estrutura do

organograma houvesse uma enfermagem de educação continuada interligada com as universidades, para poder solicitar subsídios para ampliar e para desenvolver melhor o trabalho da enfermagem junto à população.

Pudemos perceber que as enfermeiras desta investigação mostraram interesse por essa área, a maioria acredita que TA/C pode auxiliar na melhoria da saúde, porém o desconhecimento da legislação, a falta de capacitação teórico- prática, as limita na experiência.

5.2.2. O FAZER DAS ENFERMEIRAS FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES

Neste tema serão abordadas as experiências que as enfermeiras do DA-71, têm com as TA/C. Foram levantadas as experiências que elas tem primeiramente para consigo mesmas, e a seguir, que recursos utilizam e recomendam para seus familiares , usuários/clientes e funcionários de sua unidade de saúde e outros que as procuram e não pertencem aos grupos mencionados.

Constatamos, nesta investigação, que as respostas dadas em relação ao fazer tiveram uma diferença acentuada em relação às repostas do saber, pois a maioria das enfermeiras do DA-71 respondeu com “sim ou não” quando foi investigado o seu saber isto é a sua credibilidade, experiência, conhecimento de legislação, cursos de TA/C ou cursos, demonstrando certeza nas respostas, e só houve uma enfermeira (5,5%) que deixou sem resposta a pergunta sobre credibilidade e nenhuma enfermeira, sobre conhecimento de cursos. Não foi com a mesma clareza que as enfermeiras responderam as questões relativas ao seu fazer em TA/C; a maioria das respostas não foi preenchida (Gráficos 5 e 6).

A tabela 5 mostra o fazer das enfermeiras com as TA/C; nela podemos observar que quanto à aplicação em si próprias, mais da metade, ou seja, 10 (55,6%) não responderam a esta questão, o que mostra uma certa resistência em aceitar e adotar esta novas práticas.

De uma forma coerente, verificamos que 12 (66,7%) não responderam também as questões relativas às aplicações em seus familiares 15 (83,3%), em usuários e funcionários e 16 (89,9%) em outros.

TABELA 5: O FAZER DAS ENFERMEIRAS DO DA-71 FRENTE ÀS TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES SÃO PAULO- 2001.

FAZER DAS ENFERMEIRAS NAS TA/C	EEPu						EEPr						TOTAL TOTAL TOTAL					
	SIM		NÃO		S/RESP		SIM		NÃO		S/RESP		SIM		NÃO		S/RESP	
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
APLICA EM SI	3	50	0	0	3	50	5	41,7	0	0	7	58,3	8	44,4	0	0	10*	55,6
EM FAMILIARES	4	66,7	0	0	2	33,3	2	16,7	0	0	10	83,3	6	33,3	0	0	12*	66,7
EM USUÁRIOS	1	16,7	1	16,7	4	66,6	1	8,3	0	0	11	91,7	2*	11,1	1	5,6	15	83,3
FUNCIONÁRIOS	0	0	1	16,6	5	83,3	2	16,7	0	0	10	83,3	2	11,1	1	5,6	15*	83,3
EM OUTROS	1	16,7	0	0	5	83,3	1	8,3	0	0	11	91,7	2	11,1	0	0	16*	89,9
TOTAL	6 enf de EEPu= 100%						12 enf de EEPr =100%						Total de 18 enf = 100%					

* localização do profissional enfermeiro masculino

Pela Tabela 5 e Gráficos 7, 8 e 9, constatamos que as enfermeiras de EEPú aplicam mais TA/C em si mesmas, em seus familiares, usuários das unidades de saúde que as de EEPr, e estas enfermeiras, por sinal, deixaram mais questões relativas à suas práticas, sem respostas. Somente uma enfermeira afirmou que não aplica TA/C em usuários e funcionários de sua unidade de saúde.

Chama atenção o fato de que tanto as enfermeiras de EEPú quanto de EEPr, têm deixado de responder uma porcentagem semelhante, acima de 80%, sobre a aplicação de TA/C em funcionários e em outros que as procuram, e que este comportamento se repete nas enfermeiras de EEPr, quanto aos familiares e usuários da unidade, em 83,3% e 91,7% respectivamente.

Podemos entender que as enfermeiras de EEPú parecem ser mais arrojadas nesta prática, talvez pela escola de origem, ou pelo conhecimento adquirido no Estado de origem.

Observando (Tabela 5, Quadros 2 e 3) as práticas adotadas pelas enfermeiras, temos aquelas que: aplicam em si mesmas, neste caso 8(44,4%) mencionaram o uso de: Meditação (pela enfermeira da EEUSP), Chá de plantas, antibióticoterapia com alho, cebola, limão (UFPB), Acupuntura, Do-In, Florais (outra da EEUSP), Florais (FAE), Acupuntura

(FEBM), tratamento gastro intestinal Homeopático (FAE) , Dietoterapia, alguns tratamentos naturais (FAE) e Própolis (FAE); aplicam em seus familiares, 6 (33,3%) enfermeiras que utilizam: Meditação (EEUSP), Chá de plantas, com alho, cebola, limão, capim santo, chá de chuchu (UFPB), Do-In, Florais (EEUSP) Tratamento homeopático para a filha (UFBA), Maracujina “calmante” Homeopático (FAE) , Dietoterapia e alguns tratamentos naturais: (FAE); aplicam em usuários e clientes da unidade de saúde, 2 (11,1%), enfermeiras que fazem uso de: Do-In e Dietoterapia em gestantes (EEUSP), Dietoterapia e alguns tratamentos naturais (FAE); aplicam em funcionários 2 (11,1%) enfermeiras que empregam: Dietoterapia e alguns tratamentos naturais (FAE), Lian Gong “*eventualmente, uma vez ao ano, no pátio da unidade, para todos*” disse o enfermeiro da FAE, e finalmente, aplicam em outros que as procuram , 2(11,1%) enfermeiras que utilizam: chá de erva cidreira, capim santo, hortelã (UFPB) e Dietoterapia e alguns tratamentos naturais (FAE).

**QUADRO 2 : Práticas de TA/C das enfermeiras do DA - 71
segundo a classificação de Hill e local de graduação SP-2001.**

ORIGEM		Experiência		TERAPIAS ALTERNATIVAS APLICADAS:				
		sim	não	SI MESMA	FAMILIARES	USUÁRIOS	FUNCIONÁRIOS	OUTROS
EEPu	SP Capital 02	2		Terapias mentais e espirituais meditação Terapias físicas Meridianas, acupuntura Fitoterapia Florais Terapias físicas Meridianas Do In	Terapias mentais e espirituais meditação Terapias físicas Meridianas Do In Fitoterapia Florais	Terapias físicas Meridianas Do In Nutrição Dietoterapia	---	-----
	Norte 01	0	1	--	--	--	--	--
	Nordeste 02	2	0	Fitoterapia Chás antibióticoterapia com alho cebola limão	Fitoterapia Chás capim santo chuchu, cebola, alho, **Homeopatia			Fitoterapia Chás erva cidreira, hortelã, capim santo
	Sudeste 01	0	1	-	-	--	--	---
EEPr	SP Capital 10	4	6	Fitoterapia Florais Fitoterapia Própolis Nutrição Dietoterapia *alguns tratamentos naturais **Homeopatia	Fitoterapia Maracujina Nutrição Dietoterapia *alguns tratamentos naturais	Nutrição Dietoterapia *alguns tratamentos naturais	Nutrição Dietoterapia *alguns tratamentos naturais Lian Gong Terapia de Exercícios Individuais	Nutrição Dietoterapia *alguns trata- mentos naturais
	SP Interior 01	1	-	Terapias físicas Meridianas Acupuntura	-	-	-	-
	Sudeste 01	-	1		-	-	-	-
TOTAL	18ENF	8	10	9 TA/C	6 TA/C	3 TA/C	2 TA/C	2 TA/C

*alguns tratamentos naturais não foi considerado por não sabermos que terapias naturais são;

**Homeopatia não é considerado TA/C pela classificação de Hill, mas uma das quatro correntes de Medicina.

Quando foi mencionado Homeopatia e maracujina explicando, aí foi considerado Fitoterapia.

Sintetizando o fazer das enfermeiras em relação às TA/C, (Quadro 2) e considerando a Classificação de Hill verificamos que as TA/C foram citadas de formas variadas, sendo colocadas como sete práticas distintas, a seguir: meditação, acupuntura, Do-In, Florais de Bach, ervas medicinais, nutrição, Lian gong, reunidas em cinco grupos de TA/C, conforma classificação de Hill: grupo de *terapias físicas- meridianas*, grupo da *fitoterapia*, das *terapias mentais e espirituais*, da *nutrição* e dos *exercícios individuais*. Averiguamos também, que algumas enfermeiras utilizavam mais de uma prática.

Durante a análise, não foram classificadas duas citações; uma relativa ao uso de “alguns tratamentos naturais”, por não descrever quais são estes tratamentos e outra quando a enfermeira relatou usar homeopatia. Segundo a Classificação de Hill (sd), observa-se pelas respostas que há um desconhecimento entre as correntes de medicinas alternativas e práticas com as TA/C. Homeopatia é uma corrente de medicina, enquanto que fitoterapia é uma prática que pode ser usada tanto pela Homeopatia, quanto pela Ayurveda, Chinesa ou Antroposofia.

No Quadro 2, observamos que foram mencionadas pelas enfermeiras, sete TA/C, *aplicadas em si mesmas*, que foram coligadas em quatro grupos distintos de práticas, conforme classificação de Hill (anexo1), sendo elas:

terapias mentais e espirituais (meditação), *terapias físicas meridianas* (Acupuntura e Do-In), *fitoterapia* (Florais de Bach, própolis, chás e ervas) e *nutrição* (dietoterapia).

As enfermeiras mencionaram seis TA/C *aplicadas em familiares* e que pertencem a quatro grupos de terapias, segundo Hill (sd), sendo elas: *terapias mentais e espirituais* (meditação), *terapias físicas meridianas* (Do-In), *fitoterapia* (Florais de Bach, maracujina, chás e ervas), *nutrição* (dietoterapia). (Quadro 2).

A aplicação de TA/C em *usuários ou clientes* das unidades de saúde se restringiu a três TA/C, classificadas em dois grupos: de *terapias físicas meridianas* (Do-In) e de *nutrição* (dietoterapia citada duas vezes). (Quadro 2).

Foram citados duas TA/C, de dois grupos, *aplicadas em funcionários*: uma do grupo de *nutrição* (a dietoterapia) e outra citada pelo enfermeiro da FAE, do grupo de *terapia de exercícios individuais* (Lian Gong). (Quadro 2).

Por último, duas enfermeiras responderam que aplicam duas TA/C de dois grupos distintos em *outras pessoas que as procuram*: do grupo da *fitoterapia* (chás e ervas) e da *nutrição* (dietoterapia). (Quadro 2).

Pelo Quadro 3, podemos notar que foram mencionadas no total nove diferentes práticas de TA/C: Acupuntura, Florais de Bach, Do-In, Meditação, Dietoterapia, ervas medicinais, Lian Gong, Homeopatia e “alguns tratamentos naturais”, sendo que estes dois últimos não foram classificados nos grupos de TA/C, portanto só podem ser classificadas sete TA/C, fazendo parte de um total de cinco grupos distintos de TA/C conforme classificação de Hill (sd), ou sejam: Terapias físicas (meridianas), mentais e espirituais, fitoterapia, nutrição e de exercícios individuais não tendo sido mencionadas pelas enfermeiras a hidroterapia e as terapias vibracionais (Quadro 3).

Todas essas terapias, segundo Hill(sd), tem como fator comum, o combate para diminuir o *stress* (tensão) físico ou emocional.

QUADRO 3 : Relação de Grupos de TA/C na classificação de Hill e total de enfermeiras do DA-71 que as aplicam São Paulo – 2001-

Total de enfermeiras que aplicam:	Terapia alternativa/complementar	Classificação de Hill das TA/C
A,A = 2	<i>Acupuntura</i>	Terapias físicas: meridianas
A,A,B = 3	<i>Florais</i>	Fitoterapia
A,B,C = 3	<i>Do-In</i>	Terapias físicas: meridianas*
A,B = 2	<i>Homeopatia</i>	<i>É uma corrente de Medicina e não TA/C</i>
A,B =2	<i>Meditação</i>	Terapias Mentais e espirituais
A,B,C,C,D,E = 6	<i>Dietoterapia</i>	Nutrição
A,A,B,B,E = 5	<i>chás, alho, cebola limão de erva cidreira, hortelã, capim santo, Maracujina, Própolis como antibiótico natural</i>	Fitoterapia
A,B,C,D,E =5	<i>Alguns tratamentos naturais</i>	<i>Não foi possível classificá-las por não estarem definidos quais tratamentos.</i>
D =1	<i>Lian Gong</i>	Terapia de exercícios individuais
TOTAL 29 menções	TOTAL 9 diferentes práticas	TOTAL 5 GRUPOS DE TA/C
Total classificado: 22 menções	Total classificado: 7 diferentes práticas	TOTAL 5 GRUPOS DE TA/C

A= aplica em si mesma

B= aplica em familiares

C= aplica em usuários/clientes da unidade de saúde

D= aplica em funcionários

E= aplica em outros que a procuram

Considerando a classificação de Hill, foram construídos gráficos de frequência que permitem visualizar de uma forma mais didática as TA/C dentro dos grupos de terapias.

Os Gráficos 10,11,12,13,e,14, mostram estes resultados.

No Gráfico 10, observa-se que do total de enfermeiras, a frequência da aplicação da TA/C para para as próprias enfermeiras foram: 4 (22,2%) usam Fitoterapia, 3 (16,7%) usam Terapias físicas meridianas, 1 (5,5%) utiliza Terapias Mentais e espirituais e 1 (5,5%) enfermeira, a Nutrição.

Das 6 (33,3%) enfermeiras que aplicam TA/C em seus familiares temos que: 3 (16,7%) utilizam Fitoterapia, 1 (5,5%) Terapias física meridiana, 1 (5,5%) Terapias mentais e espirituais e 1 (5,5%) Nutrição. (Quadro 2 e Gráfico 11).

Duas (11,1%) enfermeiras referem aplicar as TA/C em usuários/clientes da unidade de saúde, sendo: 2 (11,1%) recomendam a nutrição e 1 (5,5%) aplica e recomenda Terapia física meridiana – o Do-In. (Quadro 2, Gráfico 12).

Duas (11,1%) enfermeiras referiram aplicar as TA/C em funcionários: uma (5,5%) a nutrição e 1 (5,5%) terapia de exercícios individuais. (Quadro 2, Gráfico 13).

Duas (1,1%) enfermeiras referiram aplicar as TA/C em outros que a procuram: 1 (5,5%) aplica Nutrição e 1 (5,5%) Fitoterapia. (Quadro 2, Gráfico 14).

Para visualizar a frequência dos grupos de TA/C utilizadas pelas enfermeiras do DA-71, foi construído o Gráfico 15.

Podemos observar pelo Gráfico 15, que do total, de 22 práticas de TA/C, foram construídos os 5 grupos distintos da classificação de Hill (sd), revelando que as fitoterapias ocupam lugar de destaque, seguidos de nutrição e práticas meridianas; estes dados remetem a uma análise de pesquisas anteriores, que resgatamos a seguir, na construção do Quadro 4.

Comparando os dados do Quadro 4, com os resultados obtidos por Barbosa (1994) que pesquisou 47 enfermeiros do Brasil que utilizavam TA/C em seu trabalho, e Souza (1999) que investigou 29 enfermeiros da cidade de São Paulo, que aplicavam 26 TA/C distintas, pudemos obter uma relação que nos permite comparar as TA/C utilizadas, segundo grupos da classificação de Hill (sd).

Quadro 4: Relação das TA/C utilizadas pelas enfermeiras apresentadas por Barbosa (1994) Souza (1999) e do DA-71 (2001)

Grupos de TA/C da segundo Hill	Barbosa (1994)*	Souza (1999)**	Enfermeiras do DA-71 (2001)***
FITOTERAPIA	31,25%	27,8%	36,4%
NUTRIÇÃO	12,5%		27,3%
FÍSICAS-meridianas	30%	15,8%	22,7%
MENTAIS e ESPIRITUAIS	16,25%	16,8%	9,1%
EXERCÍCIOS INDIVIDUAIS	2,5%		4,5%
HIDROTERAPIA	5%		0%
ONDAS/VIBRAÇÕES	2,5%		0%
total	100%		100%

* 80 TA/C mencionadas por 47 enfermeiros brasileiros.

** 26 TA/C mencionadas por 29 enfermeiros da cidade de São Paulo.

*** 22 TA/C mencionadas por 18 enfermeiras do DA-71 SP

Souza (1999), constatou que das 26 TA/C os tres grupos de TA/C mais praticadas também foram: Fitoterapia, seguida das Terapias Mentais-espirituais e Terapias Físicas- meridianas (Quadro 4). Referiu também, que as enfermeiras aplicavam as TA/C em Universidades, Faculdades, consultórios, unidades de saúde, hospitais e domicílios, e constatou, que as TA/C que utilizavam cada vez mais eram ampliadas pelas práticas. Em seu trabalho, verificou-se que as enfermeiras estudadas utilizavam um maior número de TA/C que as da nossa população, ou seja, também aplicavam: Auriculopuntura, Quiropuntura, Antroposofia, Aromaterapia, Balanceamento Muscular, Calatonia, Chi-Kun, Cristais, Cromoterapia, Cura Prânica, Liberação miofascial, Magnetoterapia, Musicoterapia, Radiestesia, Reflexologia, Reiki, Seitai, Shiatsu e Tui-Na, mostrando maior domínio desse grupo de enfermeiras, nesta área.

Continuando com os dados encontrados por Barbosa (1994), podemos observar que os quatro grupos de TA/C com maior porcentagem de aplicação, foram: Fitoterapia em primeiro lugar, e as outras três: Nutrição, Terapias Físicas–meridianas e Terapias Mentais e Espirituais.

O Quadro 4 revela que a fitoterapia é uma prática comum em todos os grupos estudados, aparecendo em maior percentual. Quanto aos grupos seguintes, há um descompasso; nos dados de Souza (2000), por exemplo, o grupo das terapias mentais e espirituais (16,8%) aparece em segundo, seguido de terapias físicas- meridianas (15,8%).

Já para Barbosa (1994), o grupo das terapias físicas-meridianas (30%) aparece em segundo, seguido pelos grupos de terapias mentais e espirituais (16,25%) e de nutrição (12,5%).

Em nosso estudo, há uma valorização da nutrição (27,3%), talvez pela sua facilidade, seguidas das: físicas-meridianas (22,7%) e mentais e espirituais (9,1%). Este último dado chama a atenção, pois contrasta com os dados de Barbosa (1994) e Souza (1999), que praticamente são coincidentes: 16,25% e 16,8% respectivamente.

As práticas complementares que necessitam poucos recursos de investimento, poderiam talvez, ser mais difundidas pelas enfermeiras, pois o uso de meditação, terapias meridianas como Do-In, shiatsu, reflexologia, terapias de toque terapêutico de Krieger, Reiki, relaxamentos, visualização, fitoterapias em geral, musicoterapia, aromaterapia, cromoterapia, exercícios individuais como biodança, euritmia curativa, Lian Gong, yoga e tantos outros já citados anteriormente, não requerem investimentos e reforçam o sentimento de que são ações baratas, fáceis de aplicar, ao alcance de muita gente e que poderiam ser aplicadas em grande escala pelas enfermeiras das unidades de saúde, promovendo melhoria na saúde da população.

No seu fazer, algumas enfermeiras comentaram as alterações observadas e os resultados quanto ao uso de TA/C.

Ao falar sobre a meditação, uma enfermeira de origem oriental e que se graduou na EEUSP, escreveu:

“Diminui o stress e aproxima o ser humano”,

Rosenfeld (1999) relata que foram realizados estudos sobre a Meditação Transcendental (que foi trazida por Deepack Chopra da Índia para o ocidente e é a forma de meditação oriental mais aceitável no ocidente) em Harvard, por Benson, nos últimos 25 anos, e suas descobertas, assim como as de outros investigadores, que foram resumidas num relatório para a Secretaria dos Sistemas e Práticas Médicas Alternativas dos Institutos Nacionais de Saúde. Algumas das conclusões mais importantes sobre a meditação foram: reduz os níveis de cortisol, o hormônio do stresse no sangue; está associada a maior longevidade, melhor qualidade de vida, *menos hospitalizações e menores custos com a saúde*; regula domina a ansiedade e reduz a gravidade das dores crônicas; diminui a pressão alta sendo que os pacientes passam a usar menos remédios; pode diminuir o colesterol e é útil no controle e abuso de drogas.

Para que a enfermeira possa conduzir uma meditação individual ou em grupo de pacientes, necessitaria ela própria aprender a meditar. Seria de grande valia usar esta técnica com periodicidade nas unidades de saúde, tanto para pacientes com alterações na pressão arterial, para ansiosos, pacientes com dor crônica, quanto para os próprios profissionais, para melhorar a qualidade de vida em geral.

Há diversas maneiras diferentes de meditar e cada um desenvolve de acordo com suas próprias preferências. Embora se possa aprender a meditar com livros e manuais, é aconselhável aprender primeiro com especialista que tem orientação holística. Rosenfeld (1999).

Outra enfermeira (FAE), ao fazer referência às dietoterapias e alguns tratamentos naturais, escreveu alcançar:

“equilíbrio de algumas doenças como: diabetes, HAS (hipertensão arterial sistêmica), desnutrição, períodos especiais, como: amamentação, gestação, convalescência de doenças ou cirurgia”,

Ao escreverem sobre os resultados obtidos com a Acupuntura, Do-in e Florais de Bach, classificaram-nas de *excelente* e *ótimo* (EEUSP e FAE) ao mencionar o uso de fitoterapias com chás, de *satisfatórios* (UFPB); *ter tido bons resultados* com tratamento homeopático para patologia gastro intestinal (FAE).

“Não teve mais amigdalites com o uso de propolis”,

referiu uma enfermeira da FAE.

Sobre a acupuntura a enfermeira de EEWB anotou:

“A acupuntura é uma TA/C importante no tratamento da dor”,

Para se ter idéia do quanto a Acupuntura está difundida, o FDA (Food, Drug Administration), estima que entre nove e 12 milhões de americanos recebam aplicações de acupuntura a cada ano, para uma série de problemas, desde dores lombares a infecções urinárias. A OMS expõe uma lista de 104 problemas diferentes que podem ser tratados pela acupuntura. Os resultados mais expressivos estão na aplicação da acupuntura para: controle de dor, asma, uso de drogas, alcoolismo, tabagismo, acidente

vascular cerebral (AVC), distúrbios gastrointestinais, outros distúrbios como insônia, sintomas da menopausa, náuseas e vômitos de gravidez e como reação aos quimioterápicos. (Rosenfeld, 1999).

Acreditamos serem as enfermeiras entre os profissionais não médicos, uma das mais bem preparadas com sólida formação na área da saúde, não sendo apenas “leiga”, podendo com capacitação de especialista, desenvolver a acupuntura, junto aos pacientes que sofrem de dor crônica, alcoolistas, usuários de drogas, que apresentam os efeitos colaterais de quimioterápicos e tantos outros sintomas que podem ser amenizados na própria unidade de saúde. Há controvérsias de que seja permitida esta prática às enfermeiras, porém reforçamos o conhecimento que esta TA/C não está vinculada a nenhuma categoria profissional e que inclusive nos USA, como cita Rosenfeld (1999), 21 estados norte americanos restringem esse direito a médicos diplomados, mas os outros 29 e Washington inclusive, permitem que leigos com curso completo, isto é com carga horária de 800hs de conferências e instrução e um mínimo de 500hs de treinamento clínico e que tenham sido aprovados num exame, recebam seus certificados e se estabeleçam.

Também acreditamos que seria de uma grande valia instrumentar as enfermeiras com conhecimentos e práticas em Do-In, Shiatsu, Reflexologia, todas elas técnicas de terapias físicas meridianas, como já vimos e que não necessitam nada mais, além das mãos como instrumentos de trabalho.

Com esta magnitude de benefícios mencionados tanto na prática quanto na literatura pesquisada, podemos acreditar que é possível resgatar

as terapias não medicamentosas, desde que haja vontade política e conscientização, pois a atenção à saúde, não necessariamente precisa estar associada às técnicas e tecnologias de última geração, para serem eficientes.

O uso de terapias não medicamentosas para diversas doenças crônicas, pode promover uma melhor estabilidade na saúde, propiciando melhor qualidade de vida, ou até a cura, como por exemplo, demonstrou o casal de oncologista Simontons, que estudou formas alternativas de tratamento de câncer, nos USA e que passou a ser um esteio teórico em favor do movimento alternativo. Segundo esses autores, o estresse emocional tem dois efeitos principais: inibe o sistema imunológico e acarreta desequilíbrios hormonais, que resultam em um aumento de produção de células anormais. Esses dois efeitos criam condições ótimas para o desenvolvimento do câncer. É um fato irrefutável, de acordo com esses oncologistas, que a promoção de estados emocionais positivos leva o organismo a traduzir esses processos biológicos, que começam a restaurar o equilíbrio e a revitalizar o sistema imunológico. Assim sendo os Simontons vêem o câncer, não como um problema meramente físico, mas como um problema da pessoa como um todo. Assim a terapia por eles adotada não se concentra exclusivamente na doença, mas procura intervir principalmente na atitude subjetiva que o ser humano sustenta diante da vida e de si mesmo. Trata-se portanto de uma abordagem terapêutica psicossomática que tem resultado para os pacientes em uma sobrevivência duas vezes maior do que a das melhores instituições americanas para o tratamento de câncer e três

vezes maior do que a média americana”. (Simonton, Simonton, Creighton, 1987).

Durante a análise de dados, pelos resultados obtidos, outros questionamentos vieram à minha mente: será que os outros profissionais que não tem formação de Enfermagem, ou mesmo não são profissionais com gênese na área da saúde e aprendem determinadas práticas de TA/C se aventuram em abrir seus consultórios e atender a população, estão realmente mais preparados que as enfermeiras para esta função? Por que a Enfermeira, que tem uma sólida formação profissional, que tem o cuidar como sua função primordial, não está abrindo caminho intensamente na área das terapias alternativas complementares? Por que não se estuda com mais cientificidade estas terapias, sabendo que elas são um forte aliado na promoção da saúde e prevenção de doenças, com baixo custo e grande abrangência, também, para a população carente? Por que cursos nesta área não são focalizados nas Universidades? Será que a concepção de enfermagem curativa, ainda, fala mais alto que a preventiva e promocional? Será que já não estamos atrasadas para reavaliar nossa prática e nossos conhecimentos num paradigma mais holístico? Nosso saber está ainda, mais voltado para a área hospitalar.

Estas perguntas não puderam ser respondidas no presente levantamento e poderão ser objetos de investigação futuros.

Oguisso (1984) menciona que “a equipe de enfermagem com a formação técnica e a comprovada experiência está apta também em atuar na implantação experimental de terapêuticas alternativas em algumas

situações” . Com o passar dos anos, as terapias alternativas estão cada vez mais sendo comprovadas, simplificadas e disseminadas entre os profissionais em geral.

A formação abrangente do profissional de Enfermagem e a intuição desenvolvida, aliadas a uma nova compreensão do homem, da vida e da saúde, podem tornar as ações de enfermagem de extrema valia, não só na recuperação e cura dos pacientes, mas principalmente na proposta de prevenção e promoção da saúde, voltada para uma perspectiva holística (Ignatti,1993).

5.2.3. EXPRESSÕES E EXPECTATIVAS ACERCA DAS TA/C

Neste tópico buscamos conhecer como as enfermeiras definem e entendem as TA/C, através de suas próprias colocações.

De acordo com o conceito de *tratamento*: “ato ou efeito de tratar; acolhimento; conjunto de meios terapêuticos, postos para cura ou alívio do doente; alimentação diária”. (Borba, Bazzoli, Borba, 1994), podemos dizer que para 11 (61,1%) enfermeiras as TA/C são consideradas com esta finalidade. São as seguintes as suas colocações: TA/C é um Tratamento:

“que é ministrado ao paciente sem medicamentos tradicionais”,

“que não sejam a alopatia”,

“não convencional”,

“que utilizam outros métodos”,

“que o profissional pode utilizar junto ou não à medicina propriamente dita”,

“com terapias complementares” ;

“qualquer ação de intervenção natural ou comportamental nos hábitos, que verifiquem na alimentação, repouso, lazer, ou em todas as necessidades humanas básicas”;

“é uma terapia feita sem uso de medicamentos alopáticos”;

“são métodos alternativos”.

As enfermeiras exemplificaram as TA/C como sendo a aplicação de tratamentos naturais, tais como: “argila, florais, ervas naturais, Homeopatia, Acupuntura, Meditação, cromoterapia, dietoterapia, massagens”

Também referiram que as TA/C:

“normalmente não tem efeitos colaterais”

e que são

“menos prejudiciais à saúde”,

e tem como objetivos

a “cura”, a “melhora da qualidade de vida” ou

“minimizar o sofrimento dos pacientes”.

As percepções sobre TA/C das enfermeiras de EEPú e EEP_r ou mesmo entre as enfermeiras que referem ter prática em TA/C com as que não tem, são muito semelhantes.

Podemos observar que as percepções das enfermeiras, corroboram com as citadas na literatura, pois, para (Hill s.d.), *“o fator comum a todas as terapias alternativas consiste no combate para diminuir o stress (tensão) físico ou emocional. Um corpo são é menos vulnerável a estes tipos de afecções. A saúde pressupõe um equilíbrio entre os estados físico, mental e espiritual do indivíduo”.*

Como já citada anteriormente, para o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América do Norte (inpu_d Souza,1999) o conjunto de terapias complementares é *“um amplo domínio de recursos de cura que engloba todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas e suas teorias e crenças acompanhantes(...) Inclui todas as práticas e idéias auto definidas*

por seus usuários como prevenindo ou tratando as doenças ou promovendo a saúde e bem estar”.

Queiroz (2000) define terapias alternativas como sendo *“uma proposta terapêutica que foge da racionalidade do modelo dominante, isto é, da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, enquanto adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença (...) de um modo geral, as medicinas e práticas terapêuticas consideram a doença não como resultante de uma intrusão de um agente externo, mas como um conjunto de causas que culminam em desarmonia e desequilíbrio”.*

A maioria, ou seja, 15 (83,3%) enfermeiras pesquisadas, mesmo sem ter experiência com TA/C, apoiam a sua prática, como podemos observar por algumas das respostas a seguir:

- “Acho válida a aplicação na enfermagem”;*
- “Acho que algumas coisas são muito úteis e viáveis, como a dietoterapia, e alguns tratamentos naturais”;*
- “importantíssimo”;*
- “boa porque gosto de enfrentar situações novas e aprender”;*
- “bom; acho útil, necessária”.*
- “Creio que está faltando isso para a atualização na enfermagem”;*
- “ótima, acredito que a enfermagem está aos poucos, conquistando espaço”;*

- “seria um trabalho muito importante para pacientes e equipe”;*
- “Interessante, acredito que o Enfermeiro é o único profissional adequado para tal procedimento”;*
- “Acho interessante e necessário, principalmente no que se refere ao tratamento da dor”;*
- “Creio que seria de grande importância para a população carente”; .*
- “seria de grande valor”.*

Citaram como condições para aplicação de TA/C:

- “a enfermeira precisa estar habilitada a fazer aplicação de TA/C”;*
- “precisamos conseguir quebrar as barreiras médicas que existem entre médicos e enfermeiros”.*

As TA/C que as enfermeiras *com experiência* na prática referiram poder aplicar nos usuários/clientes de sua unidade de saúde, foram as seguintes:

- “Dietoterapia e alguns tratamentos naturais”,*
- “Fitoterapia: terapia com alho, chá, erva cidreira para hipertensão”,*
- “Acupuntura”,*
- “Do-In”,*
- “Alimentação saudável”,*
- “Homeopatia”.*

As TA/C que as enfermeiras *sem experiência* referiram poder aplicar nos usuários/clientes de sua unidade de saúde, foram as seguintes:

-*“Meditação para melhorar o emocional e com isso melhorar a saúde”;*

-*“Toque Terapêutico- auxiliando a diminuição das dores em geral”;*

-*“Acupuntura para as gestantes no parto sem dor, porque há grande procura por pacientes crônicos com queixas de dor”.*

-*“Educação alimentar para fortalecimento físico e psíquico”;*

-*“Florais de Bach, pois a demanda dos pacientes com queixa de dor é muito grande”.*

Chama a atenção que o intuito de ambos os grupos, com ou sem experiência, não difere quanto às práticas, pois, para todas, as práticas mais correntes na comunidade é a que aplicariam no seu cotidiano. Estas TA/C, citadas como possibilidades de serem utilizadas nas unidades de saúde do DA-71 (com exceção da Homeopatia que não é uma TA/C e sim uma corrente de Medicina), já são utilizadas por enfermeiras em seus consultórios particulares, no domicílio dos pacientes, em hospitais, em universidades e faculdades e em unidades de saúde (Barbosa 1994, Souza 1999), reforçando assim sua viabilidade, desde que se observe as ressalvas que as próprias enfermeiras citaram:

- *“desde que houvesse respaldo legal e da chefia e também houvesse treinamento para aplicar TA/C”*

No início desta investigação, pensou-se que as TA/C teriam mais adeptos e que sua utilização, estariam vinculadas à estrutura da unidade de saúde, por isso buscou-se pesquisar as facilidades e dificuldades na sua aplicação.

As facilidades apontadas por 11 (61,1%) enfermeiras estão mais relacionadas com o seu fazer, como podemos observar pelas suas colocações:

“plantas você adquire com facilidades, são melhores e não tem efeitos colaterais”

(ao falar da Fitoterapia uma enfermeira do CRST);

“Há necessidade de atendimento, pois há demanda espontânea de usuários/clientes”,

(referindo à Acupuntura, no CRST),

“É a grande possibilidade de aproximação nossa com o usuário”

(enfermeira que trabalha no ARES);

“Grande oportunidade de atender aos usuários que procuram a unidade”

(enfermeira do PAM Paulo Eiró);

“a facilidade de aplicar TA/C é o fato da unidade ser uma casa pública”. (do DST/AIDS).

Quanto às dificuldades, 15 (83,3%) enfermeiras deram seus pareceres, numa listagem bem mais avolumada e bem mais abrangente que as facilidades como era de se esperar; uma enfermeira não acredita neste tratamento, pois uma mudança de paradigma exige mais esforço e mobilização da sua “zona de conforto”. Destarte classificamos as dificuldades, conforme tipos de barreiras encontradas:

a) barreiras relacionadas a recursos físicos e humanos da unidade de saúde:

“Temos um espaço físico restrito e o que realizarmos deverá ser feito na sala da enfermagem que não é muito adequada em virtude de ficar fora do posto, ser pequena” (UBS Chácara Santo Antonio);

“Creio que não haveria dificuldade se houver o número de enfermeiros necessários conforme a demanda da unidade”.(PAM Paulo Eiró)

Oguisso (1984) expôs que os obstáculos mais citados pelas enfermeiras de sua pesquisa, para a não realização de atividades específicas, no caso, dos programas de saúde e mesmo na assistência

primária de saúde foram, dentre outras, a falta de pessoal e falta de área física.

b) barreiras relacionadas à capacitação:

“pouquíssimo material de pesquisa e audio-visual e escrito” e “falta de cursos e reciclagem” (UBS Chac/Sto Antonio, ARES);

“falta de conhecimento dos profissionais de saúde” (ARES e CRST):

“Não ter o conhecimento necessário para a aplicação” (Amb. Saúde Mental Infantil)

c) barreiras relacionadas à equipe de trabalho:

“não aceitação da prática por enfermeiros – chefia” (CRTS);

“não aceitação médica” (3 enfermeiras do ARES);

“necessidade de ter aprovação da Diretoria” (ARES);

“as pessoas não contribuem muito” (DST-AIDS);

“disponibilidade de tempo” (CRST).

d) barreiras relacionadas aos usuários/clientes da unidade de saúde:

“conscientização, divulgação para a população em geral”

“usuários de baixa compreensão sobre a doença, muita ação sobre o medicamento, pouca crença na força da alimentação como aumento da resistência imunológica” (DST-AIDS);
“talvez os pacientes confundiriam TA/C com fatos sobrenaturais” (Amb. Saúde Mental Adulto);

Assim, sendo, pudemos constatar, que as maiores dificuldades destas enfermeiras estão relacionadas à falta de capacitação em TA/C, tabus e preconceitos das equipe e dos usuários de sua unidade e dificuldades nos recursos físicos, conforme citaram.

Barbosa (1994), escreveu que as facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros que utilizam TA/C, referem-se ao “tríduo apoio-aceitação-rejeição, tanto institucional quanto da equipe de trabalho destes profissionais (...) falta de amparo legal (...) ausência de disciplinas oficializadas nos currículos das escolas.”

Antunes (1996), propõe como alguns dos caminhos para a universalização da integralidade da assistência de enfermagem em saúde pública, a revisão através de programas de educação continuada, dos marcos conceituais, econômicos e simbólicos que universalizam a profissão enfermeiro e a enfermagem do século XX, a adoção de um novo paradigma centrado nos cuidados de enfermagem para a promoção da vida e a apropriação de conhecimentos ligados ao planejamento e à programação de assistência a partir das necessidades de saúde da população, diagnosticadas na área de abrangência das unidades locais de saúde.

Recriar os cuidados de enfermagem para se atingir a integralidade da assistência e transformá-la em um novo paradigma mobilizador das forças da vida individual e coletiva é um desafio coletivo dos enfermeiros de saúde pública para o século XXI.

Por fim, podemos a seguir, notar que 15 (83,3%) enfermeiras de oito das nove unidades de saúde pesquisadas, deram seu apoio à prática das TA/C, mostrando que elas apoiam esta prática em qualquer tipo de unidade de saúde, onde há atendimento primário, de prevenção e de promoção da saúde.

No final do questionário foi permitido que as enfermeiras expressem livremente suas opiniões e sugestões. Várias colocações que consideramos interessantes, transcrevemos a seguir:

“Se houver algum curso de Especialização quero ser comunicada”. (PAM Santo Amaro).

“Acho seu trabalho muito importante e gostaria de saber mais sobre TA/C”. (UBS Ch. Sto Antonio)

“Foi uma novidade esta abordagem, gostaria de conhecer os resultados e que eles se tornem frutíferos. Tenho pouquíssimo conhecimento nesta área, mas acho que poderia ser muito interessante aprender sobre essas coisas, e se possível usá-las para melhorar a qualidade de

vida das pessoas e minha”.(UBS Ch. Sto Antonio)

“Pouco conheço e pouco uso, embora acredito na poder da TA/C”. (CR DST-AIDS)

“Gostaria de saber quais os recursos e locais que dão cursos”. (CR DST-AIDS)

“Gostaria de ter o retorno do resultado desta pesquisa”.(CR de Farmacodependência)

“Creio ser de grande importância este estudo, nos faz pensar sobre o assunto”. (CRST)

“Interessante!! Tenho grande interesse em estar aprofundando nessa área. Sucesso”. (CRST)

“seria um trabalho muito importante para pacientes e equipe, se conseguíssemos quebrar as barreiras médicas entre médicos e enfermeiros”. (COAS Santo Amaro)

“Interessante. Gostaria de ter mais informações sobre o assunto porque acho que devemos ter mais de uma alternativa para tratamentos”.
(Ambulatório de Saúde Mental Infantil).

“Gostaria se possível o retorno, a que conclusão vocês chegaram. Pois gosto muito deste assunto. Sou natural de Belém do Pará e lá a população usa muito este tipo de terapia”, (ARES)

“Gostaria de ter mais informações sobre o assunto” (ARES)

“acho uma área importantíssima e pouco divulgada. Grata” (ARES)

Algumas enfermeiras mostraram-se interessadas em ampliar seu conhecimentos nesta área, e com isso até implementar a sua prática.

Com essas declarações feitas, pela maioria das enfermeiras, podemos verificar o quão grande é seu interesse junto às TA/C, o quanto se encontram limitadas pela falta de informação e formação e que grande caminho tem a Enfermeira a desvendar para poder prestar assistência à população numa visão holística, mais integral, oferecendo mais alternativas no seu cuidar, que enriqueceria o seu trabalho na sua equipe de saúde e na assistência à população no enfoque da promoção da saúde, prevenindo assim doenças, ou mesmo amenizando os sintomas de doenças crônico-degenerativas, ou “apenas” diminuindo o stress do usuário/cliente que vem em busca de atendimento, ao acrescentar ao seu fazer, um saber científico um “novo-velho” saber alternativo/complementar, que conciliado com o saber popular, poderá acrescentar muito para a sua própria saúde, de seus familiares, usuários/ clientes e funcionários da unidade de saúde e para outros eventuais que necessitem de sua assistência.

Este trabalho, apesar de seus resultados não estarem reforçando a utilização das TA/C, foi gratificante, pois o fato de estar investigando o saber e o fazer das enfermeiras nesta área, despertou em muitas delas o sentimento de utilidade, interesse em ampliar seus conhecimentos nesta área e aplicá-los para melhorar a qualidade de vida individual e da comunidade.

6. CONCLUSÕES

Tendo em vista os objetivos propostos, os resultados obtidos com a investigação das 18 enfermeiras, lotadas nas unidade de saúde do DA-71, permitem as seguintes conclusões:

1. quanto à caracterização da população:

- 94,4% são do sexo feminino e 5,6% do sexo masculino; 83,3% referem ter uma filosofia de vida ou religião, sendo que 22,2% professam o Catolicismo, 16,7% são Adventistas; 16,7% Kardecistas; 11,1% não respondeu.
- as enfermeiras frequentaram 11 diferentes Escolas de Enfermagem, das quais 45,5% das escolas são EEPú e 54,6% EEPr, sendo que 33,3% das enfermeiras graduaram em EEPú e 66,7% em EEPr. Frequentaram um total de 27 cursos de pós graduações, destes 85% foram cursadas pelas enfermeiras de EEPr, dos quais 48% por graduadas da FAE; 44,4% fizeram Pós Graduação em áreas relativas à Saúde Pública, e 33,3%, das enfermeiras, todas de EEPr, em áreas de gerenciamento.
- 94,4% estão acima dos 35 anos 5,6% possuem menos que 30 anos; 77,8% se formaram há mais de 15 anos, 72,2% têm mais de dez

anos de trabalho no Serviço Público, e 61,1% atuam há menos de cinco anos na unidades de saúde atuais.

2. quanto às TA/C conhecidas e utilizadas:

- Os grupos das TA/C mais utilizadas foram: 36,4% Fitoterapia (Florais de Bach, ervas medicinais); 27,3% Nutrição (inespecífica); 22,7% Terapias físicas-meridianas (Acupuntura e Do-In); 9,1% mentais e espirituais (Meditação) e 4,5% Terapias de exercícios individuais (Lian Gong).

3. quanto aos resultados obtidos com as TA/C:

- 89% acreditam nas TA/C; 44,4% têm experiência; somente 22,2% conhecem a legislação sobre TA/C; 94,5% não fizeram nenhum curso em TA/C; 89% não conhecem cursos que a tornam especialistas em TA/C. O enfermeiro foi o único profissional que disse ter feito curso na área de TA/C com carga horária de 20hs, durante a graduação de enfermagem, na FAE.
- 44,4% aplicam as TA/C em si mesmas; 33,3% aplicam em seus familiares; 11,1% aplicam TA/C em: usuários/ clientes, funcionários e em outros que as procuram.
- Todas as enfermeiras, com exceção de uma, alcançaram os resultados propostos com as TA/C.

4. quanto às facilidades e dificuldades para as exercer as TA/C:

- Poucas foram as facilidades e, muitas as dificuldades encontradas para aplicar TA/C, sendo que: 61,1% da população investigada descreveu sobre facilidades relacionadas à aquisição de ervas medicinais, demanda espontânea para atendimento com TA/C, oportunidade de maior aproximação com o usuário/ cliente e favorecer a introdução das TA/C na unidade de saúde, por ser pública.
- Quanto às dificuldades, 83,3% deram seus pareceres, que foram classificados conforme tipos de barreiras encontradas relacionadas a: *recursos físicos e humanos* da unidade de saúde: espaço físico restrito, escassez de enfermeiras para demanda de pacientes na unidade, falta de credibilidade nas TA/C; *capacitação*: pouquíssimo material escrito, de pesquisa e audio-visual, falta de cursos e reciclagem, e desconhecimento dos profissionais de saúde; *equipe de trabalho*: não aceitação da prática por enfermeiros, chefia, médicos, necessidade de ter aprovação da Diretoria, falta de contribuição, pouca disponibilidade de tempo e quanto aos *usuários/clientes* da unidade de saúde: falta de conscientização e divulgação para a população em geral, baixa compreensão, pouca crença, relacionar TA/C com fatos sobrenaturais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É muito importante que a Enfermeira possa ter contato com a visão holística, para que amplie seu repertório com o olhar ecológico, por meio do qual se vê no Ser Humano um ser do Universo, com corpo físico, energético, psíquico e espiritual. “O desenvolvimento da intuição e empatia da enfermeira com relação ao paciente são aspectos importantes para a seleção das práticas alternativas/ complementares mais adequadas a serem utilizadas, evitando o uso isolado de técnicas de TA/C, que a tornariam tão mecanicista quanto no caso de tratamentos convencionais” (Rosenfeld, 1999).

Além de cuidar com interesse das doenças físicas tradicionais, a Enfermeira passa a estar atenta a fatores patogênicos não tão bem definidos, como o stress emocional e desequilíbrios nos fluxos energéticos, que propiciam também o surgimento de doenças físicas e psicológicas; isto converge sua atenção tanto para as questões relativas à saúde espiritual quanto para determinantes físicos e emocionais das doenças.

Através do uso de tratamentos vibracionais, terapias de meditação e técnicas de crescimento pessoal, o paciente poderá alcançar realmente um novo nível de saúde e bem-estar.

A Enfermeira, mais que qualquer profissional, tem sua formação voltada ao atendimento integral do ser humano, nos níveis de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde; com as TA/C, adquire novos meios de auxiliar a si mesma, aos seus familiares, aos usuários,

clientes e funcionários de sua unidade de trabalho, e aos outros que a procuram.

A enfermeira que está na vanguarda do paradigma holístico necessita associar-se a outras enfermeiras, profissionais e entidades, para abrir o leque do conhecimento e da comunicação transdisciplinar e multiprofissional, criando, assim, maiores oportunidades de crescimento e conscientização.

A participação em cursos de atualização, eventos e especializações, bem como a produção de conhecimentos através de estudos e pesquisas, com o uso das TA/C, abre novas frentes de trabalho, propiciando mais autonomia e independência à enfermeira, no seu fazer, em qualquer âmbito profissional, seja particular, público, hospitalar, ambulatorial, domiciliar, autônomo ou dependente.

Necessitamos aperfeiçoar nossa legislação relativa às práticas alternativas/complementares na Enfermagem, pois a Resolução 197/97, tão importante por assegurar novos horizontes, se não for redimensionada, reavaliada, ampliada, aperfeiçoada, terminará por não ser posta em prática. A legislação de cinco anos atrás já se tornou incompleta e obsoleta, e está sendo motivo de críticas e de exclusão, conforme publicação de novembro de 2001, realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2001).

Vale a pena lutar pela aplicação das TA/C, para que sejam, o quanto antes, incorporadas ao saber e ao fazer da enfermeira, tornando-a mais capacitada e independente na área da Saúde Coletiva, com mais autonomia e capacidade de decidir na promoção da saúde da comunidade. Precisamos,

como disse a Dra Taka Oguisso, ser “enfermeiras capazes de ousar”, de criar, para crescer.

Encerramos com a mensagem de Wanda de Aguiar Horta, que deu impulso às enfermeiras da 34ª turma de graduação da EEUSP, de 1980, para seguirem sua vocação:

Tornar-se

Um Ser- Enfermeiro

É se engajar

Na realidade da vida

É um sofrer e amar

Consciente e decidido.

É se aceitar

Com autenticidade

em uso constante

e responsável

de sua liberdade

é compartilhar

com seus pacientes,

as esperanças, o amor,

a vida, as alegrias,

a saúde e o nascimento,

as decepções,

a solidão e o sofrimento,

a angústia e a dor,

a morte, as tristezas

e as frustrações.

É dar de si mesmo

e com isto crescer;

é assumir um compromisso

e com ele amadurecer.

8. ANEXOS

ANEXO 1: CLASSIFICAÇÃO DAS TERAPIAS ALTERNATIVAS/ COMPLEMENTARES SEGUNDO HILL

1 TERAPIAS FÍSICAS

a) Terapias meredianas

- ◆ Acupuntura,
- ◆ Reflexologia,
- ◆ Shiatsu,
- ◆ Moxabustão.

b) Terapias de Manipulação e Reeducação Muscular:

- ◆ Osteopatia,
- ◆ Quiropatia,
- ◆ Terapia de Impacto,
- ◆ Roling,
- ◆ Terapia Manipulativa,
- ◆ Cinesiologia Aplicada,
- ◆ Fricção da Pele,
- ◆ Métodos do Dr Bates de Desenvolvimento da Visão,

c) O calor:

- ◆ A sauna
- ◆ Mantas quentes
- ◆ Raios infravermelhos
- ◆ Calefação radiante
- ◆ Banhos de cera

d) Ar e luz:

- ◆ A respiração
- ◆ Banhos de sol
- ◆ A luz
- ◆ Radiação ultravioleta

- ◆ Aplicações de ventosas

e) Eletroterapia:

- ◆ Galvanismo
- ◆ Faradização
- ◆ Corrente sinusoidal
- ◆ Terapia de interferência
- ◆ Correntes de alta frequência
- ◆ Diatermia e terapias com microondas
- ◆ Ultra-sons
- ◆ Terapia com pulsações de alta frequência
- ◆ Endocrinoterapia endógena

f) Contato mineral:

- ◆ Pedras preciosas
- ◆ O cobre
- ◆ Argila e lama

2 **HIDROTERAPIA:**

a) hidroterapia externa:

- ◆ Banhos frios
- ◆ Banhos quentes
- ◆ Banhos com água fria e quente
- ◆ Banhos de alta e baixa temperatura
- ◆ Banhos neutros
- ◆ Banhos que utilizam o movimento da água
- ◆ Banhos de assento
- ◆ Banhos de sudoração
- ◆ Ducha
- ◆ Vapor
- ◆ Envolturas, compressas e fomentos

b) hidroterapia interna:

- ◆ Irrigação do cólon
- ◆ Enemas
- ◆ Inalação
- ◆ Terapia com água mineral

3 FITOTERAPIA:

- ◆ Medicina Herbária,
- ◆ Vita Florum,
- ◆ Exultação de Flores,
- ◆ Florais de Bach,
- ◆ Terapia Aromática.

4 DIETOTERAPIA:

- ◆ As regras da alimentação
- ◆ Vegetarianismo,
- ◆ Macrobiótica,
- ◆ Alimentos integrais
- ◆ Veganismo
- ◆ O sistema bircher-Benner
- ◆ Alimentos crus
- ◆ Higiene natural
- ◆ A dieta Hay

a) Suplementares.

- ◆ Terapia baseada em reforços alimentícios
- ◆ Dieta à base de proteínas
- ◆ Dieta à base de fibra
- ◆ Reforços vitamínicos
- ◆ Sucos de frutas e verduras
- ◆ Reforços minerais
- ◆ Remédios bioquímicos
- ◆ Medicina ortomelecular

b) Restritas

- ◆ Monodietas
- ◆ Alergia alimentícia e ecologia clínica
- ◆ Metabolismo dos hidratos de carbono
- ◆ Jejum.

5 ONDAS RADIAÇÕES E VIBRAÇÕES:

- ◆ Cimática,
- ◆ Medicina Psiônica,
- ◆ Radiestesia Médica,
- ◆ Radiônica,

- ◆ Fotografia radiônica
- ◆ Bobina oscilatórias de Lakhovsky
- ◆ Terapia Orgonal,
- ◆ Energia Piramidal,

6 TERAPIAS MENTAIS E ESPIRITUAIS:

- ◆ Curandeirismo
- ◆ Cura metafísica
- ◆ Cirurgia Psíquica,
- ◆ Cibernética Humana,
- ◆ Psicossíntese,
- ◆ Auto Sugestão,
- ◆ Hipnose,
- ◆ Instrução Autogênica,
- ◆ Psicologia Neurofisiológica,
- ◆ Biorregeneração,
- ◆ Meditação
- ◆ Método de Arica,
- ◆ Somatografia,

a) Aspectos do funcionamento da bioenergia:

- ◆ Bioenergética,
- ◆ Psicologia Biodinâmica,
- ◆ Relaxamento Psicomuscular,
- ◆ Psicodrama,
- ◆ Novas Terapias Primárias,
- ◆ Gestalt,
- ◆ Conselho Recíproco,
- ◆ Encontro,
- ◆ Educação da Sensibilidade,
- ◆ Iluminação Intensiva,
- ◆ Análise Transacional,
- ◆ Terapia Cromática,
- ◆ Terapia Musical.

7 TERAPIA COM EXERCÍCIOS INDIVIDUAIS:

- ◆ Yoga,
- ◆ Técnica de Alexander,
- ◆ Terapia com Dança,
- ◆ Eurytmia Curativa,
- ◆ Esporte como Terapia
- ◆ Tai Chi Chuan.

ANEXO 2 RESOLUÇÃO COFEN-197

Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso de sua competência estipulada no artigo 8º, inciso IV da Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, combinado com o artigo 16, incisos IV e XIII do Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução-COFEN 52/79; CONSIDERANDO o que estabelece a Constituição Federal no seu artigo 1º incisos I e II, artigo 3º, incisos II e XIII; CONSIDERANDO o Parecer Normativo do COFEN n.º 004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária, realizada em 18.07.95, onde dispõe que as terapias alternativas (Acupuntura, Iridologia, Fitoterapia, Reflexologia, Quiropraxia, Massoterapia, dentre outras), são práticas oriundas, em sua maioria, de culturas orientais, onde são exercidas ou executadas por praticos treinados assystematicamente e repassados de geração em geração não estando vinculados a qualquer categoria profissional; e, CONSIDERANDO deliberação do Plenário, em sua 254ª Reunião Ordinária, bem como o que consta do PAD-COFEN-247/91;

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer e reconhecer as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem.

Art. 2º - Para receber a titulação prevista no artigo anterior, o profissional de Enfermagem deverá ter concluído e sido aprovado em curso reconhecido por instituição de ensino ou entidade congênere, com uma carga horária mínima de 360 horas.

Art. 3º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 19 de março de 1997.

DULCE DIRCLAIR HUF BAIS
COREN-MS N.º 10.244
PRIMEIRA SECRETÁRIA

GILBERTO LINHARES TEIXEIRA
COREN-RJ N.º 2380
PRESIDENTE

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**QUESTIONÁRIO**

Identificação no. _____

Início_____ Término_____

A. IDENTIFICAÇÃO:

data: ____/____/____

Idade_____Sexo_____

Pratica alguma religião, seita ou filosofia de vida ?Sim () Não ()
Qual?_____

B GRADUAÇÃO E PÓS GRADUAÇÃO

1. Escola de Enfermagem em que se formou_____ano formatura_____

2. Fez alguma especialização ou pós graduação? Sim () Não()

3. Se respondeu sim, cite quais e seu ano de término:

4.Fez algum curso sobre terapia alternativa/complementar (TA/C)?Sim()
Não().

Se respondeu sim, complete:

Nome do curso	Instituição	carga horária	ano de término

C TRABALHO ATUAL:

5.Local (is) (só citar nomes): _____

6.Há quanto tempo trabalha neste(s) local(is)? _____

7.Há quanto tempo trabalha em serviço público como enfermeira? _____

8.Em seu trabalho, atende diretamente à população? Sim () Não ()

D SOBRE TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (TA/C) :

9. Você acredita em TA/C? Sim() Não().

10.O que você entende por TA/C? _____

11.O que acha de sua aplicação na enfermagem?

12.Você tem alguma experiência com TA/C usadas para a saúde? Sim ()
Não ()

13.Se tem experiência na pratica com TA/C, em quem aplica e quais?
Relacione abaixo:

a.Em você mesma() qual(is): _____

b.Familiares() _____

c.Usuários() _____

d.Funcionários() _____

e.Pessoas outras que te procuram() _____

14.Comente sobre seus resultados: _____

15.Que TA/C você acha que a(o) enfermeira(o) poderia aplicar nos usuários desta unidade de saúde? Justifique a sua resposta: _____

16. Quais as facilidades pessoais ou na sua unidade de saúde para você aplicar TA/C ao usuário? _____

17. Quais as dificuldades pessoais ou na sua unidade de saúde para você aplicar TA/C ao usuário? _____

18.Você sabia que existe respaldo legal para a enfermeira poder exercer práticas com TA/C? Sim () Não().

19.Conhece algum curso que torna a enfermeira especialista em TA/C ?
Sim () Não ()

20. Se respondeu sim, qual(is)? _____

21. Gostaria de deixar alguma observação sobre esta pesquisa? _____

Grata pela sua valiosa cooperação.

**ANEXO 4: TERMO DE CONSENTIMENTO DO DIRETOR
DA UNIDADE DE SAÚDE**

São Paulo, ____ de ____ de 2001

Ilmo Sr(a) Dr(a) Diretor(a) _____

Unidade de Saúde _____

Prezado(a) Senhor(a),

Venho por meio desta solicitar autorização para que a aluna Helena Maria Fekete Nuñez possa realizar uma investigação junto às enfermeiras desta Unidade, que tem como objetivo verificar o saber e o fazer das enfermeiras que atuam nas unidades de saúde do Distrito Administrativo-71 Santo Amaro, do Município de São Paulo sobre as terapias alternativas/complementares, cujos dados coletados serão utilizados para a elaboração de sua monografia de mestrado.

Os questionários serão enumerados, mantendo assim as enfermeiras no anonimato e os dados em sigilo. Durante o preenchimento do questionário, se houver necessidade, poderá interromper.

Telefone para contato: EEUSP Departamento de Saúde Coletiva 3066.76.52

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Escola, e após seu término, poderemos apresentar seus dados se assim o desejar.

Sem mais para o momento, agradeço sua atenção,

Dra suely Itsuko Ciosak
Orientadora da monografia

ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO DA(O) ENFERMEIRA(O) A SER ENTREVISTADA

São Paulo ____ de ____ de 2001

Eu, Helena Maria Fekete Nuñez, RG 6.978.243, enfermeira de COREN Nº 17452, sou mestranda da Escola de Enfermagem da USP e estou fazendo uma investigação sobre as aplicações das terapias alternativas/complementares que vem ganhando cada vez mais adeptos nas equipes de saúde nacionais e internacionais.

Como enfermeira(o) que atua diretamente no atendimento ao paciente, te convido a participar desta investigação, que tem como objetivo: verificar o saber e o fazer das(os) enfermeiras(os) que atuam nas unidades de saúde do Distrito Administrativo-71 Santo Amaro, do Município de São Paulo, sobre as terapias alternativas/ complementares.

As informações coletadas serão analisadas em conjunto para a elaboração da dissertação de mestrado. Os resultados serão mantidos em sigilo, por isso cada questionário terá uma numeração para sua tabulação. Os dados finais estarão à disposição para apresentação, se assim o desejar.

Telefone para contato: EEUSP Departamento de Saúde Coletiva 3066.76.52 ou diretamente Helena Telefone 5183.95.62

Eu _____
RG _____ COREN _____

Concordo com a investigação.

Assinatura: _____

ANEXO 6: SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

São Paulo, _____ de _____ de 2001

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo:

Venho por meio desta, encaminhar ao Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o Projeto de pesquisa: Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras das unidades de saúde do Distrito Administrativo 71- Santo Amaro do Município de São Paulo, para apreciação.

Aguardo seu parecer o mais breve possível para que possa, iniciar a coleta de dados junto às enfermeiras das Unidades de saúde do Distrito Administrativo de Santo Amaro.

Os dados fazem parte da elaboração da dissertação de mestrado, que deverá ser apresentada em fevereiro de 2002, conforme cronograma em anexo.

Sem mais para o momento, agradeço a atenção e reitero protestos de estima e consideração,

Helena Maria Fekete Nuñez

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Vancouver)

Almeida RL. Glossário de terapias alternativas. [Terapias alternativas on line] 2000. Disponível em <<http://www.geocities.com/HotSprings/Bath/3722/glossari.html>> (mai.2001).

Almeida RL. Terapias alternativas. [Terapias alternativas on line] 2000. Disponível em <<http://www.geocities.com/HotSprings/Bath/3722/terap.html>> (mai.2001).

Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática São Paulo: Cortez;1986.

Antunes MJM. O Enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na rede básica do Sistema Único de Saúde.[dissertação], Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.

Associação Brasileira de Medicina Complementar - ABMC [online] São Paulo; 2001. Disponível em: <www.medicinacomplementar.com.br/front.shtm> (11 nov.2001)

Barbosa MA . A Fitoterapia como prática de saúde- o caso do Hospital de Terapia Ayurvédica de Goiânia. [dissertação], Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro;1990

Barbosa MA, Egry EY, Queiroz VM. Reflexões sobre a mudança de paradigmas e a adoção das terapias alternativas no Brasil no século XX. Texto Contexto Enferm, 1993; 2 (2): 33-44.

Barbosa MA. A Utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros, [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;1994.

Bendazolli WS. Fitomedicamentos: perspectivas de resgate de uma terapia histórica. Mundo Saúde, 2000; 24 (2): p.123-6.

Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e enfermeiros d e educação continuada. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Bontempo M. Iniciação à medicina holística. 2a. ed. Rio de Janeiro: Nova Era; 1996.

Bontempo M. O livro da medicina natural.10ª ed. São Paulo: Ground; 1990.

Borba FS, Bazolli MR, Borba MR. Melhoramentos: minidicionário da língua portuguesa. 8ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 1994.

Brown E. Medicina alternativa: guia prático. São Paulo: Callis; 1997.

Burkhard G. Tomar a vida nas próprias mãos: como trabalhar na própria Biografia o conhecimento das leis gerais do desenvolvimento humano. São Paulo: Antroposófica; 2000.

Camargo ML. O Primeiro centro de saúde do Brasil. Hygeia Bol Inf FSP/USP: 2000; (13): p.4-7.

Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1993.

Chambers M, Barnett L, Davidson S. Reiki medicina energética: a força universal de vida pela imposição das mãos. Rio de Janeiro: Nova Era; 1999.

Chan P. Do –In : a pressão digital. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1975.

Ciosak S I. Avaliação de desempenho e o aprimoramento de enfermeiros: expectativas do avaliador e do avaliado. [tese] São Paulo (SP); Escola de Enfermagem da USP; 1994.

CFM Conselho Federal de Medicina. Decisões: profissionais de Enfermagem não podem praticar acupuntura. 2001. Disponível em <www.cfm.org.br/decisões/djud291101.htm> (17jan.02).

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo: Escrituras; 2001.

Dobbro ERL. A música como terapia complementar no cuidado de mulheres com fibromialgia. [dissertação] São Paulo (SP) Escola de Enfermagem da USP; 1998.

El CIE y la movolización de la enfermera para la promoción de la salud. ICN [paginas informativas on line] 2000. Disponível em <http://www.icn.ch/matters_healthpromosp.htm> (17 nov.2001).

Gerber R. Medicina vibracional: uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix; 1988.

Gil A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 2a. ed. São Paulo: Atlas; 1989.

Gonsalves P E. Organizador. Medicinas alternativas: os tratamentos não-convencionais. 2ªed. São Paulo: Ibrasa; 1996.

Gryschek A.L.F.P.L. A política de qualificação da força de trabalho em enfermagem no Programa Municipal de Doenças sexualmente transmissíveis e Aids de São Paulo: um desafio contínuo. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Hirschfeld M. Panorama mundial de Home Care. Hospitalar [periódico online] 2001; Disponível em <<http://www.hospitalar.com/noticias/not466htm>> (nov.2001)

Ignatti C. Uma proposta de prática de enfermagem holística. [dissertação] Piracicaba (SP) : Universidade Metodista de Piracicaba; 1993.

Jacob W.F. Especial : Prevenir é a melhor forma de promover saúde. [online] São Paulo; 1998. Disponível em <http://www.usp.br/jorusp/atual/manchet/rep_res/boxesp.html> (20 abr.1998)

Hill A, organizador. Guia das Medicinas alternativas: todos os sistemas de cura natural. São Paulo: Hemus; [s.d.].

Krieger D. O toque terapêutico: novos caminhos da cura transpessoal. 9ª ed. imposição das mãos. 9 ed. São Paulo: Cultrix; 1997.

Krieger D. O toque terapêutico: versão moderna da antiga técnica de imposição das mãos. 9 ed. São Paulo: Cultrix; 1999.

Lee ML. Lian Gong em dezoito terapias: forjando um corpo saudável – ginástica chinesa do Dr. Zhuang Yuen Ming. São Paulo: Pensamento;1997.

Ministério da Saúde (BR) . Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília;1990.

Motta C, Sá E, Oliveira JEG, Parizi R, Monteleone PPR, Paiva EV et al. PAS: o avesso da Saúde. São Paulo: Simesp; 1997.

Nogueira MJC. Fitoterapia popular e enfermagem comunitária. [livre docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1983.

Mapa do Município de São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo [online] 2001.Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/organização/distritalização_mapa2.asp> (05.fev.2002

Mendes EV, organizador. Distritos sanitários: conceito- chave. In: Mendes Distrito sanitário; o processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec;1993.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento : introdução à metodologia de pesquisa social. São Paulo: Hucitec; 1992.

Oguisso T. Assistência primária de saúde no INAMPS em São Paulo e no Rio de Janeiro: contribuição do enfermeiro. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1984.

Oguisso T. A mulher na força de trabalho: o trabalho da mulher enfermeira. Rev Enferm. UERJ, 1998; 6 (1): p 309-16.

Oguisso T, Schmidt M.J. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético- legal. São Paulo: LTr; 1999.

PROAIM [online]. 1999. Disponível em
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/estatísticas/estatísticas_p_roaim.asp> (05.fev.2002)

Queiroz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. Cad Saúde Públi. 2000; 16 (2): 363 – 75.

Rizotto MLF. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia, GO: AB; 1999. p. 42-6.

Rogers M. The theoretical basis of nursing: an introduction to. Philadelphia: F.A Davis; [19?].

Rosenfeld I. O guia da medicina alternativa: o que funciona, o que não funciona e o que é melhor para você. Rio de Janeiro: BCD União; 1999.

Santos GICL. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 2 8142/90): Sistema Único de Saúde. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1995.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Comunicado SMS 001/2001. Diretrizes gerais para SMS documento 1. Diário oficial do Município, São Paulo, 25 jan. 2001. p.10-12.

Segre M. Apresentação. In: Gonsalves PE organizador. Medicinas alternativas: os tratamentos não convencionais. 3ª ed. São Paulo: IBRASA; 1996.

Silva M JP. Gimenes OMPV. Florais: uma alternativa saudável- pesquisas revelam tratamentos e resultados dessa terapia. São Paulo: Gente; 1999.

Simonton OC, Simonton SM, Creighton JL. Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. 3ª ed. São Paulo: Summus, 1987.

Souza VT, Sabatés AL. Enfermeiros que trabalham com terapias complementares: conhecendo sua prática. [Dissertação] São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2000.

Vieira, NF: Reconhecimento da Medicina Antroposófica como prática médica. Sec. Ação Saúde M. Saúde. Processo Consulta CFM N°1818/93 PC/CFM/Nº 21/1993.

Weil P. Holística: uma nova visão e abordagem do real. 2ª ed. São Paulo: Palas Athena;1990.

Wendling P. A vida cura a vida: alternativas para a sua saúde no novo milênio. 3ª ed. Passo Fundo- RS: Pe Berthier dos Missionários da Sagrada Família; 1999.