MARIANA CABRAL SCHVEITZER

Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática

SÃO PAULO

2015

MARIANA CABRAL SCHVEITZER

Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática

Tese apresentada à Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem e Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde para obtenção do título de Doutor em Enfermagem nos termos do Convênio Acadêmico Internacional para Dupla-Titulação Doutorado.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli
Co-orientadora: Prof.ª Dr.ª Margarida Maria da Silva Vieira

Versão corrigida

(Originais encontram-se disponíveis na Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" e na Biblioteca da unidade que aloja o programa na Universidade Católica Portuguesa)

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Schveitzer, Mariana Cabral
Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas / complementares e humanizadoras na atenção básica: uma revisão sistemática / Mariana Cabral Schveitzer. São Paulo, 2015.
267 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli
Co-orientadora: Prof.ª Dr.ª Margarida Maria da Silva Vieira
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Terapias complementares. 3. Humanização da assistência. 4. Revisão sistemática. I. Título.

Nome: Mariana Cabral Schveitzer

Título: Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/ complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EEUSP para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição:_____

Julgamento: _____Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Desejo começar esse maravilhoso momento agradecendo primeiramente aos meus incríveis pais, Tarcísio e Fátima, que me deram a vida, muito amor e compreensão para que eu chegasse até aqui. Obrigada à minha amada irmã, Fernanda, que sempre me guiou na vida e na profissão com positividade e muita energia (obrigada Thiago por cuidar dela e pelo seu carinho com toda a nossa família). Obrigada também à minha querida família Cabral-Schveitzer que sempre me apoiou e festejou cada vitória. Eu amo todos vocês.

Obrigada especial ao meu parceiro no amor e na vida, Victor, eu te amo muito e agradeço seu carinho, apoio e atenção nesses anos de estudo, trabalho, viagens, mudanças e distâncias. Obrigada por acreditar em mim. A vida ao seu lado tem sido maravilhosa e cheia de descobertas. Juntos chegamos mais longe. Obrigada por tudo.

Obrigada querida família Vereda, especialmente Rita, Jéssica, Diogo, Samantha, Eduardo e Augusto que me apoiaram e me receberam com todo seu amor em São Paulo. Obrigada também amada Família Fiore, especialmente tia Lourdes, tio Roberto, Fernando e Vitória, pela recepção na cidade grande e por todo o seu carinho e pizza. Obrigada querida Desireé pela parceria e confiança.

Obrigada aos queridos amigos da EEUSP, especialmente Rafaella, Rita, Mariana, Daiana, Camila, Andréia, Karla, Hudson, Barbara, Danielle, Carine, Gabriela, Siomara pela troca de experiências e pela parceria nas aulas e projetos.

Obrigada aos funcionários da EEUSP, especialmente Dona Terezinha, Socorro, Juliana, Silvana, Janete e às professoras do PPGE pela ajuda nos processos da universidade e carinho excepcional. Obrigada especial à Prof.ª Dr.ª Lislaine pelas risadas e apoio nas atividades da Escola e do exterior.

Obrigada aos queridos amigos feitos durante o estágio nos Estados Unidos, Elitsa e Kássio, pela sua amizade e gentileza. Obrigada também à minha querida família americana, especialmente Nancy e Dave, pelo seu carinho e acolhimento, durante a nossa visita e sempre.

Obrigada à minha querida orientadora no exterior Prof.ª Dr.ª Margareth Sandelowski por sua orientação e atenção durante o doutorado sanduíche, e também aos demais membros do grupo de pesquisa da Universidade da Carolina do Norte em Chapell Hill.

Obrigada aos queridos colegas da Universidade Católica Portuguesa, especialmente Rafaella e Carlise, que me receberam de braços abertos e com muito amor na linda cidade do Porto. Obrigada aos professores e funcionários da UCP. Obrigada aos meus queridos amigos "portugueses", especialmente Maria Eduarda, pelo carinho e comidinhas.

Obrigada especial à minha estimada orientadora no exterior Prof.ª Dr.ª Margarida Vieira, pela sua sabedoria e cuidado durante a estada portuguesa. Obrigada por me contagiar com seu amor pela Enfermagem.

Obrigada ao Departamento de Profissionais da Saúde da Organização Mundial de Saúde, especialmente Judie, Mwansa, Sandra, Romana, Connie and James Campbell pela sua orientação e incrível trabalho. Obrigada por me incluírem nas atividades e pelo carinho. Obrigada aos queridos estagiários, especialmente Jess, Katy, Alex, Rockie, John, Pasqualina pela amizade e pelos chocolates. Obrigada à minha querida família suíça Monique e Matthias pelo carinho e cuidado durante a minha estada na sua residência, adorei as jantas, os passeios e a companhia. Obrigada às irmãs e colegas do Foyer L'Accueil pela espiritualidade e tranquilidade.

Obrigada às amigas sempre presentes em minha vida, Giselle, Joana, Fernanda, Marcela, Patrícia, Fabrícia, Marila e Mari Bravo por me encorajarem com sua alegria, sorrisos e amor.

Especial obrigada à minha querida e excepcional orientadora Prof.ª Dr.ª Elma Zoboli por me aceitar como sua orientanda e me guiar nessa incrível jornada que foi fazer o doutorado. Obrigada por me contagiar com sua sabedoria ética e humanizada. Obrigada por me apoiar e me desafiar ao máximo.

Obrigada ao CAPES e ao CNPq. Sou grata por ter sido considerada para o recebimento das bolsas de auxílio, sem as quais esse projeto de doutorado não seria possível.

Por fim, obrigada aos autores e sujeitos dos estudos incluídos na revisão sistemática, sem a sua sabedoria intelectual e coragem para realizar e participar dos estudos esse projeto de doutorado não existiria. Obrigada por estudarem as práticas integrativas/complementares e humanizadoras. Eu acredito que cada um desses trabalhos já está mudando o mundo. Meu profundo obrigada.

O avô disse ao neto: "Meu filho, é travada diariamente uma batalha entre dois lobos que residem dentro de todos nós. Um deles é mau, que representa raiva, ciúme, dor, arrependimento, arrogância, autopiedade, culpa, ressentimento, inferioridade, mentiras, falso orgulho, superioridade, ego. Já o outro é bom e representa alegria, paz, amor, serenidade, humildade, bondade, benevolência, empatia, humanidade, generosidade, verdade, compaixão".

O neto então pensou sobre o que ouviu por um minuto e perguntou ao seu avô: "Sendo assim, qual lobo ganha?" E o velho índio Cherokee respondeu: "Aquele que você alimentar."

Autor anônimo

Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Profissionais são multiplicadores de conhecimento e de concepções de cuidado e saúde. A variedade destas concepções de cuidado e saúde interfere nas práticas assistenciais e no desenvolvimento de políticas públicas. Com isso, pode-se gerar dificuldades, como no desenvolvimento das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica. No Brasil, desde 2006, políticas foram publicadas para transformar as práticas de cuidado, no sentido de acolher e empoderar os usuários, valorizar a integralidade, o protagonismo dos sujeitos e as diferentes racionalidades médicas, como a Política Nacional de Práticas Integrativas/PNPIC e a HumanizaSUS. Essas duas políticas apresentam práticas que podem nos auxiliar a repensar concepções de cuidado e saúde na Atenção Básica. O **objetivo** desta tese foi construir, a partir da revisão sistemática, quais são as concepções de saúde e cuidado subjacentes às práticas integrativas/complementares e humanizadoras para o atendimento na Atenção Básica. **Método**: Revisão Sistemática e Metassíntese. Esta revisão considerou estudos que abordaram atitudes/crenças de profissionais da saúde sobre prática/uso de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica. Fontes de informação: artigos científicos publicados nas seguintes bases de dados: AMED, PubMed, Embase, Web of Science, PeriEnf, PsycINFO, CINAHL, Scopus, BVS, DEDALUS e PsicoDoc. Coleta de dados: o descritor Atenção Básica foi associado, separadamente, aos seguintes descritores: terapias complementares, plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, acupuntura, antroposofia, banhos, acolhimento, autonomia pessoal, humanização da assistência, saúde holística. Incluíram-se estudos publicados em inglês, português e espanhol, no período entre 1986-2011. Os estudos selecionados foram avaliados por dois revisores independentes e organizou-se a análise dos resultados por meio de uma versão modificada do Guia de Extração de Dados de Estudos Quantitativos e Qualitativos (Knafl & Sandelowski, 2012). **Resultados**: No total, foram incluídos 84 estudos sobre 15.941 profissionais de 18 países. Profissionais da Atenção Básica apresentaram as seguintes concepções de saúde e cuidado em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras: saúde foi descrita como a busca pela qualidade de vida em uma perspectiva bio-psico-socio-espiritual e cuidado foi relacionado à individualização do cuidado, uso de tecnologias leves, trabalho em equipe, acesso e empoderamento. A metassíntese incluiu quatro domínios: 1) concepções de saúde e cuidado de

práticas integrativas/complementares e humanizadoras na AB; 2) oferta de práticas integrativas/complementares e humanizadoras; 3) implicações para a prática de enfermagem e 4) influência da formação inicial e continuada dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras. **Conclusões**: Os achados desta revisão sistemática e metassíntese indicam que a inclusão de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica é uma forma de ampliar as concepções de saúde e cuidado dos profissionais de saúde. Os resultados apresentam evidências de como essas práticas auxiliam a promover um sistema de saúde mais humano e holístico, mas que não são suficientes em si para modificar uma prática fragmentada e médico-centrada na Atenção Básica. Os resultados indicaram que essas práticas e as concepções ampliadas de saúde e cuidado podem melhorar a assistência realizada pelos trabalhadores de saúde e favorecer a implementação da universalidade e integralidade nos sistemas de saúde, em busca de uma cobertura universal de saúde que promova qualidade de vida para todos.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de saúde. Atenção Básica. Terapias complementares. Humanização da Assistência. Revisão sistemática.

Schveitzer MC. Conceptions of health and care of integrative / complementary and humanizing practices in primary health care: a systematic review [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Professionals are multipliers of knowledge and healthcare concepts. The variety of care and health concepts interferes in care practices and in the development of health policies. As a consequence, difficulties related to the development of integrative/complementary and humanizing practices in primary health care may be generated. In Brazil, since 2006, policies were published to transform care practices in order to receive and empower users, enhance the integrity, the leadership of the subjects and the various medical fields, such as the National Policy on Integrative and Complementary Practices/PNPIC and the HumanizaSUS. These two policies present practices that can help rethink care and health concepts in Primary Health Care. The **objective** of this thesis was to build, from systematic review, what are the concepts of health and care underlying integrative/complementary and humanizing practices in Primary Health Care. **Method**: Systematic Review and Meta-synthesis. This review considered studies addressing attitudes/beliefs of health professionals about practice/use of integrative/complementary and humanizing practices in Primary Health Care. Information sources: scientific articles published in the following databases: AMED, PubMed, Embase, Web of Science, PeriEnf, PsycINFO, CINAHL, Scopus, VHL, and DEDALUS PSICODOC. Data collection: Primary Health Care descriptor was associated separately to the following descriptors: complementary therapies, medicinal plants, herbal medicine, homeopathy, Traditional Chinese Medicine, acupuncture, anthroposophy, baths, embracement, personal autonomy, humanization of assistance, holistic health. It included studies published in English, Portuguese and Spanish, in the period between 1986-2011. Two independent reviewers assessed the selected studies and the analysis of the results was organized by a modified version of the Data Extraction Guide for Quantitative and Qualitative Studies (Knafl & Sandelowski, 2012). **Results**: In total, 84 studies were included with 15,941 professionals from 18 countries. Primary Health Care professionals presented the following concepts of health and care in relation to integrative/complementary and humanizing practices: health was described as the search for quality of life in a bio-psycho-socio-spiritual perspective and care was related to the individualization of care, use of lightweight technologies, teamwork, access and empowerment. The meta-synthesis included four areas: 1) health and care conceptions of integrative/complementary and humanizing practices; 2)

provision of integrative/complementary and humanizing practices; 3) implications for nursing practice and 4) influence of initial and continuing training of professionals in relation to integrative/complementary and humanizing practices. **Conclusions**: The findings of this systematic review and meta-synthesis indicate that the inclusion of integrative/complementary and humanizing practices in primary health care is a way of expanding the concepts of health and care of health professionals. The results show evidence of how these practices help to promote a more humane and holistic health system, but are not sufficient on their own to modify a fragmented and doctor-centered practice in primary health care. The results indicated that these practices and the wider concepts of health and care can improve the assistance provided by health workers and the implementation of universality and integrality in health systems, in search of a universal health coverage that promotes quality of life for all.

KEYWORDS: Health Personnel. Primary Health Care. Complementary Therapies. Humanization of Assistance. Systematic Review.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos sobre práticas integrativas/complementares na revisão sistemática (MOHER, 2009). 76

Figura 2 Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos sobre práticas humanizadoras na revisão sistemática (MOHER, 2009) 125

Figura 3 Mapa conceitual das concepções de saúde das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS 234

Figura 4 Mapa conceitual das concepções de cuidado das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS 235

Figura 5 Modelo de oferta de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS 239

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Bases de dados, descritores, referências e artigos selecionados das práticas integrativas/complementares. 73

Tabela 2 Qualidade dos estudos incluídos sobre práticas integrativas/complementares. 82

Tabela 3 Bases de dados e descritores sobre práticas humanizadoras... 122

Tabela 4 Qualidade dos estudos incluídos sobre práticas humanizadoras..... 130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Descrição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC..... 26

Quadro 2 Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH). 31

Quadro 3 Delimitação dos descritores e palavras-chave para a coleta de dados da pesquisa. 63

Quadro 4 Descrição das bases de dados para a coleta de dados. 64

Quadro 5 Exemplo de extração de dados quantitativos e qualitativos conforme descrito no guia para extração de dados da revisão sistemática sobre concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica. 68

Quadro 6 Identificação dos estudos (ID) incluídos sobre práticas integrativas/complementares, referência dos artigos selecionados e *intesity effect size* 77

Quadro 7 Características dos estudos selecionados sobre práticas integrativas/complementares 81

Quadro 8 Descrição das categorias de análise dos estudos sobre práticas integrativas/complementares e *frequency effect size*..... 83

Quadro 9 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado em relação às PICs na APS..... 118

Quadro 10 Identificação dos estudos (ID) sobre práticas humanizadoras, referência dos artigos selecionados e *intesity effect size*. 126

Quadro 11 Características dos estudos selecionados sobre práticas humanizadoras..... 128

Quadro 12 Descrição das categorias de análise e *frequency effect size* dos estudos sobre práticas humanizadoras..... 130

Quadro 13 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado de práticas humanizadoras na APS..... 192

Quadro 14 Fatores citados como dificultadores e facilitadores de práticas humanizadoras..... 224

Quadro 15 Conceitos de saúde, pessoa, enfermagem e meio ambiente das teóricas Dorothea Orem e Calista Roy (MCKENNA, 2005). . 241

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliares do Cirurgião Dentista
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	Cirurgião Dentista
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimentos Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia Saúde da Família
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 20
1.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE 24
1.2 HUMANIZAÇÃO E CLÍNICA AMPLIADA 29
1.3 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E CUIDADO 33
2 OBJETIVOS 41
3 MARCO REFERENCIAL 43
3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE 43
3.2 PRÁTICAS DE SAÚDE 48
3.3 PRÁTICAS DE CUIDADO 53
4 MÉTODO 60
4.1 TIPO DE PESQUISA 60
4.2 ETAPAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA 61
4.2.1 Definição da Pergunta Norteadora 61
4.2.2 Definição dos descritores e dos locais de busca 62
4.2.3 Coleta e sistematização dos dados 66
4.2.4 Análise dos dados 67
4.2.5 Aspectos éticos 71
5 RESULTADOS 73
5.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES 73
5.1.1 Bases de dados, descritores e seleção dos artigos das práticas integrativas/complementares 73
5.1.2 Lista dos artigos selecionados sobre práticas integrativas/complementares 77
5.1.3 Categorias de análise dos estudos sobre práticas integrativas/complementares 83
5.1.4 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado em relação às PICs 118
5.2 PRÁTICAS HUMANIZADORAS 122
5.2.1 Bases de dados, descritores e seleção dos artigos sobre práticas humanizadoras 122
5.2.2 Lista dos artigos selecionados sobre práticas humanizadoras 126
5.2.3 Categorias de análise dos estudos sobre práticas humanizadoras 130
5.2.4 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado em relação às práticas humanizadoras 191

6 DISCUSSÃO 198
6.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS/COMPLEMENTARES 198
6.1.1 Concepções de saúde e cuidado, papel dos profissionais em relação às PICs e percepções sobre a relação da medicina convencional com as PICs 198
6.1.2 Acesso às PICs, impacto do custo de PIC na APS, integração e organização de PIC na APS 202
6.1.3 Comunicação sobre PIC com pacientes e profissionais 206
6.1.4 Oferta, encaminhamento e uso pessoal de PIC 208
6.1.5 Formação e treinamento em PIC 211
6.1.6 Eficácia, evidência, pesquisa e segurança de PIC 213
6.1.7 Atitudes que os profissionais têm sobre PIC, conforto e confiança, conhecimento e familiaridade sobre PIC 216
6.1.8 Percepção sobre a indicação de PIC, vantagens e desvantagens de PIC 217
6.2 PRÁTICAS HUMANIZADORAS 219
6.2.1 Concepções de saúde e cuidado e influência da formação inicial e continuada em relação às práticas humanizadoras 219
6.2.2 Dificultadores e facilitadores das práticas humanizadoras 223
6.2.3 Atitude dos profissionais e oferta de práticas humanizadoras 226
6.2.4 Interface da relação profissional-usuário e interface do trabalho em equipe com as práticas humanizadoras 228
6.3 METASSÍNTESE 232
6.3.1 Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS 233
6.3.2 Oferta das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS 238
6.3.3 Implicações para a prática de enfermagem na APS 240
6.3.4 Influência da formação inicial e continuada dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras 243
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 247
REFERÊNCIAS 252
ANEXO 262

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A prática de cuidados é a mais velha de todas na história do mundo. Durante milhares de anos, os cuidados não eram dependentes de um sistema, menos ainda pertenciam a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava outra a continuar a vida em relação ao grupo e eram orientados a partir de duas situações: assegurar a vida e recuar a morte (COLLIÈRE, 1989).

> "Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. (...) Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo" (COLLIÈRE, 1989, p.29).

O cuidado, função primordial, inerente à sobrevivência de todo ser vivo, foi profundamente alterado entre os humanos à medida que surgiram as grandes mudanças tecnológicas, socioeconômicas e culturais que dividiram as práticas de cuidados em uma imensidão de tarefas e atividades diversas (COLLIÈRE, 1989).

Com o passar do tempo, os cuidados de manutenção da vida e curativos, nascidos de descobertas empíricas, foram substituídos pelos cuidados médicos, que se reconheceram como os únicos científicos. O objeto dos cuidados foi aos poucos isolado, parcelado, fissurado e separado das dimensões sociais e coletivas. O "cuidar tornou-se tratar a doença" (COLLIÈRE, 1989, p.32).

A forma como esse processo aconteceu pode ser identificada a partir de aspectos históricos da Medicina e da Enfermagem. Primeiramente, citando a história da Medicina, conforme a divisão realizada por Barros (2008), registram-se 5 momentos na conformação da profissão: 1) Medicina empírica: noções de cuidado e prevenção adquiridas a partir de observações rotineiras, resolução individual dos problemas de saúde; 2) Medicina mágico-religiosa: reconhecimento do indivíduo cuidador, o curador explica o processo de adoecimento e cura; 3) Medicina hipocrática: o cuidado

médico incorpora a matriz teórica da Medicina hipocrática, abarcando a semiologia, o prognóstico e a terapêutica; 4) Medicina na Idade Média: reconhece o doente como pessoa em processo de purificação, qualifica a dor, o sofrimento e o adoecimento; 5) Medicina na Modernidade: elege a lógica da racionalidade cognitivo-instrumental e divide o conhecimento científico do senso comum, utilizando como ferramenta a perspectiva analítica por meio da decomposição.

Ao absorver o mecanicismo e o organicismo provenientes da Física e da Biologia, a Medicina emergiu como uma ciência moderna, na qual as doenças e as curas passaram a ser observadas sob essas leis, sem nenhuma interferência contaminadora da subjetividade do doente. O ato terapêutico pode ser explicado, exclusivamente, pela intervenção química ou física em diferentes partes e estruturas do organismo para eliminar a doença. Essa concentração do olhar científico em partes cada vez menores acabou por levar à perda da abordagem do paciente como ser humano integrado (QUEIROZ, 2006).

A Medicina que se desenvolveu na Modernidade tem características fundamentais que impulsionaram o que veio a ser o paradigma biomédico. O descobrimento de vários organismos patogênicos de doenças e o desenvolvimento da bacteriologia e dos antibióticos consolidaram a noção de unicausalidade da ciência cartesiana na prática médica (BARROS, 2008).

Dentre as características criticadas por Barros (2008), no modelo biomédico, destacam-se: baixa capacidade de socializar os conhecimentos com a população e com outras racionalidades; assimetria e autoritarismo, ao apresentar relações desiguais e com caráter de dominação justificadas pela autonomia e competência técnica do profissional; participação passiva e subordinada do paciente e a exclusão do conhecimento do paciente, de suas representações, usos e costumes populares em relação ao processo saúde e doença.

No caso da Enfermagem, Collière (1989) apresenta a história e a evolução da forma de realizar o cuidado em 3 momentos: 1) práticas das mulheres que prestam cuidados, desde os tempos mais recuados da história da humanidade até a Idade Média; 2) práticas de cuidados da mulher

‘consagrada’, desde a Idade Média até o fim do século XIX; 3) mulher enfermeira – do princípio do século XX ao fim dos anos 60, que inclui o papel moral e o papel técnico da profissão.

Essa autora apresenta a gênese da prática de cuidados a partir de sua diferenciação entre mulheres e homens ao longo da história da humanidade. As mulheres estariam relacionadas com as práticas de cuidados para assegurar a manutenção da vida, elaboradas em torno da fecundidade, do parto e do corpo sofredor. Os homens fariam recuar a morte, reparando o corpo ferido que exigia força física para também dominar os agitados, as pessoas em estado de delírio ou de loucura. Essa divisão explica como as primeiras se tornarão enfermeiras e os segundos médicos, cirurgiões e enfermeiros de prisões, leprosários e manicômios (COLLIÈRE, 1989).

Assim, é possível compreender que, além da divisão social do trabalho, diferentes maneiras de entender saúde e cuidado influenciam nas práticas assistenciais e na sua atribuição à homens e mulheres. Ou seja, as diferenças entre as divisões de gênero nas práticas decorrem não tanto dos avanços científicos, como da própria construção da sociedade e seus indivíduos, que leva à valorização maior de algumas formas de cuidado em detrimento de outras.

Se primeiro o papel da mulher ao cuidar exprimia uma forma de relação com o mundo, na qual o corpo era lugar de encontro e expressão, após a ascensão do cristianismo e a caça às bruxas, a mulher teve de se afastar cada vez mais do cuidado ao corpo e se aproximar da sua alma, por meio da caridade. É nesse cenário que se desenvolveu o cuidado apresentado por Florence Nightingale (COLLIÈRE, 1989).

Com a criação das primeiras escolas de Enfermagem, no final do século XIX, é que as práticas de cuidados se alimentaram de conhecimentos e deixaram de negar o corpo tanto do doente quanto do cuidador. Em vez de defender que tratar do outro exige, primeiramente, fazer a abstração de si, a fundadora da Enfermagem moderna afirmou que, se o enfermeiro não podia cuidar de si, não poderia cuidar dos outros (COLLIÈRE, 1989; ZOBOLI, 2011).

Florence, para lidar com a doença, propunha uma estratégia

holística, integral e abrangente, com uma ordem hierárquica e sistêmica de organização dos serviços. Por isso foi pioneira nas ciências da saúde, nas estatísticas de saúde, nas reformas sociais, no que atualmente chamamos de Prática Baseada em Evidência, na Enfermagem Holística, nas Teorias de Enfermagem e na Saúde Pública (ZOBOLI, 2011).

Entretanto, essa visão social de cuidado também sofreu com a hegemonia do modelo biomédico de entendimento de saúde, que centrou o cuidado no biológico e isolou o doente. Restringir o cuidado ao físico, sem compreender o entorno social e comunitário, é uma maneira inapropriada de atuar como enfermeiro, "de fazer-se presença no encontro de Enfermagem, que é um encontro de cuidado" (ZOBOLI, 2011, p. 10). A autora afirma:

> "Mover-se pelo cuidado implica assumir uma atitude, um modo de ser essencial no qual a pessoa faz-se presença responsável e, sem se esquecer de si, sai de si mesma e centra-se no outro com desvelo e solicitude, compreendendo a complexa teia de inter-relações pessoais, sociais e ambientais que dá suporte e sustenta a vida, a fim de potencializar positivamente essas relações, por meio da comunicação inclusiva e da solução não-violenta dos conflitos na defesa e promoção da vida" (ZOBOLI, 2011, p. 16).

A partir dessas considerações, pode-se perceber que a prática do cuidado e a tutela do seu exercício sofreram, no seu processo histórico, com a influência de correntes socioculturais, econômicas e políticas, e a minimização dos cuidados indispensáveis à vida quotidiana bem como a fragmentação dos cuidados em tarefas hierarquizadas vem prejudicando a valorização social e econômica dos cuidados de enfermagem (COLLIÈRE, 1989). Segundo ela,

> Quanto mais os cuidados se dividirem em tarefas parcelares distribuídas a um conjunto de sub-estratos profissionais, mais o seu custo imediato parece reduzir-se, mas mais as consequências econômicas e sociais a longo prazo terão custos mais elevados, tanto para as pessoas que recebem cuidados como para aquelas que os prestam (COLLIÈRE, 1989, p.13).

1.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Em uma direção oposta à proposta do modelo biomédico, a Contracultura da segunda metade do século XX exerceu forte pressão sobre o campo da saúde ao projetar técnicas e racionalidades do paradigma não biomédico e promover uma revolução científica, que deixou espaço para técnicas alternativas e complementares (BARROS, 2008).

Esse movimento desenvolveu uma atitude de oposição à sociedade de consumo, à burocracia e à modernidade em geral. Preconizou também o desenvolvimento sustentado e de qualidade de vida, promovendo o resgate pelo indivíduo da sua capacidade natural de autopromoção de saúde (QUEIROZ, 2006).

O renascimento das "medicinas alternativas" pode ser entendido como um fenômeno social. Por Medicina Alternativa entende-se as racionalidades e práticas que partilham de uma perspectiva vitalista, centrada na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista (QUEIROZ, 2006).

De modo geral, as medicinas alternativas criticam, na Medicina Alopática, o reducionismo biológico, o mecanicismo e o primado da doença sobre o doente. Promovem um tratamento realizado com base no compromisso com a população, que respeita seus símbolos e visões de saúde e doença, com uma perspectiva necessariamente holística, sistêmica e interdisciplinar (QUEIROZ, 2006).

Diante da confusão de termos para designar essas práticas, pode-se falar que, atualmente, existem três paradigmas (macroestruturas analíticas) principais no campo da saúde: biomédico ou alopático; não complementar e complementar. Cada um desses paradigmas possibilita a subsistência de modelos oficiais, alternativos ou complementares (BARROS, 2008).

O paradigma não complementar encontra-se, predominantemente, no modelo alternativo, que reconhece a existência de diferentes racionalidades médicas, por exemplo, Homeopatia e Acupuntura, e também das práticas alternativas e complementares, como a Iridologia e a Cromoterapia

(BARROS, 2008).

O conceito de racionalidades médicas foi proposto nos anos 90, a partir do conjunto de estudos comparados de sistemas médicos complexos. Toda racionalidade médica inclui seis dimensões teórico/práticas complexamente estruturadas: morfologia humana (anatomia, fisiologia); doutrina médica que conceitua doença, tratamento e cura; sistema diagnóstico; sistema terapêutico e cosmovisão (base fundamental) (LUZ, 2006).

Os sistemas complexos analisados que se encaixaram nessas dimensões foram a Medicina ocidental contemporânea ou Biomedicina; Homeopatia; Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayurvédica. Essas distintas racionalidades efetivamente coexistem e interagem na cultura contemporânea (LUZ, 2006).

A partir da metade do século XX, a saúde passou a ser concebida como resultado de um bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas a ausência de doença. Desde 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou a utilização de práticas terapêuticas alternativas e não institucionalizadas pelo sistema de saúde, além de reconhecer seus praticantes como importantes aliados na organização e implementação dessas medidas para aprimorar a saúde da comunidade (QUEIROZ, 2006).

A OMS denomina o campo das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA). Desde a década de 70, essa organização incentiva os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada de MT/MCA na Atenção Primária em Saúde (OMS, 2002-2005).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização de práticas integrativas e complementares em saúde começou na década de 80, continuando após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, deliberou-se pela introdução de práticas alternativas e complementares nos serviços de saúde. Na década de 90, a 10ª Conferência aprovou a incorporação da Fitoterapia, da Acupuntura e da Homeopatia no SUS. Em 2000, a 11ª Conferência recomendou

incorporar essas práticas não convencionais na Atenção Básica (BRASIL, 2006a). A proposta era trazer para a Atenção Básica tecnologias simplificadas e de resgate da responsabilidade da saúde pelo indivíduo, problematizando a lógica burocrática do sistema de saúde e sua rendição à indústria farmacêutica e hospitalar (QUEIROZ, 2006).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, apresentando racionalidades que consideram uma visão integral do ser humano e do processo saúde-doença. Contempla diversas áreas específicas para o cuidado em saúde, como Plantas Medicinais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional chinesa, Acupuntura, Medicina antroposófica e Termalismo-Crenoterapia (Quadro 1). Estas abordagens buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006a).

Quadro 1 Descrição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC

Prática	**Descrição**
Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura	Sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando a integridade. Como fundamento aponta a teoria do *Ying-Yang* e a dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (Acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). A Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.
Homeopatia	Sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Fundamentada na Lei dos semelhantes (*Similia similibus curantur*): uma substância capaz de causar efeitos em um organismo, pode também curar efeitos semelhantes a estes num organismo doente. Utiliza medicamentos homeopáticos.
Plantas Medicinais e Fitoterapia	Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens

	muito antigas, relacionada aos primórdios da sociedade.
Termalismo - Crenoterapia	O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde, seja para recuperar ou tratar a saúde, assim como preservá-la. A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.
Medicina Antroposófica	Abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica.

Fonte: Brasil. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006a, p.13-24.

A partir das práticas descritas no Quadro 1, pode-se dizer que a PNPIC se encaixa no paradigma não complementar descrito por Barros (2008), pois apresenta as racionalidades do modelo alternativo – Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa – além de práticas alternativas e complementares como a Fitoterapia e o Termalismo-Crenoterapia.

A demanda crescente por práticas alternativas de atenção à saúde foi concomitante à dificuldade da Biomedicina em focar sua atenção no indivíduo e na prática terapêutica (LUZ, 2005). Nas práticas alternativas, o cuidado tem como objeto não a doença, mas o indivíduo desequilibrado, que deve ser orientado para o restabelecimento, ou mesmo para a ampliação do seu estado de saúde (PINHEIRO e LUZ, 1999).

Ao inserir as práticas integrativas e complementares na Atenção Básica, a PNPIC contribui para a implementação do SUS, na medida em que favorece princípios fundamentais como "universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social" (BRASIL, 2011, p.3).

A Atenção Básica como porta de entrada do SUS há de

> "integrar ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas

> tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção" (BRASIL, 2011, p.4).

Entretanto esse modelo de atenção impõe mudanças no funcionamento dos serviços e no processo de trabalho, "exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras" (BRASIL, 2011, p.10-11).

Para a Atenção Básica, a demanda é por tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, ou seja, diferentemente de utilizar tecnologias de última geração, a necessidade requer operar a densidade das relações subjetivas. A complexidade é decorrente da exigência de se considerar o sujeito (usuários e profissionais) em sua singularidade, integralidade e inserção cultural na busca da promoção de saúde e de possibilidades de viver de modo saudável (ZOBOLI, 2009).

Sabe-se, todavia, que não é fácil substituir o tipo de racionalidade utilizado como referência para a Atenção Básica. A hegemonia curativa dentro dos ambientes de trabalho e dos centros formadores não tem colaborado para a mudança desse paradigma (LUZ, 2005). Tampouco tem contribuído para difundir a ideia de que não existe cuidado ideal, mas, sim, uma troca de saberes entre os envolvidos no processo que, juntos, poderão deliberar pela melhor decisão (ZOBOLI, 2009).

A tendência é repetir, na Atenção Básica, a dinâmica controladora dos ambientes hospitalares, em vez de enxergar a atenção primária como o espaço máximo de autonomia dos trabalhadores e usuários, onde coexiste uma pluralidade de saberes (CUNHA, 2005)

Nesse espaço controverso, que apresenta diferentes formas de intervir no processo saúde e doença, incoerências entre saber e prática, representações e interesses corporativos e diferentes modelos tecnológicos no setor saúde (PINHEIRO e LUZ, 1999), pode ser útil investigar como os trabalhadores do SUS compreendem saúde e cuidado, a fim de contribuir para a reorientação do processo de trabalho na Atenção Básica.

A incorporação de práticas integrativas na Atenção Básica não significa suspender o uso dos medicamentos para colocar agulhas de acupuntura ou utilizar fitoterapia. Ao contrário, a racionalidade das práticas presentes na PNPIC tem de prestar-se para repensar o tipo de relação que se estabelece com o usuário do serviço de saúde e entre os próprios trabalhadores.

1.2 HUMANIZAÇÃO E CLÍNICA AMPLIADA

As concepções de saúde e cuidado que permeiam as práticas integrativas e complementares como forma de compreender o ser humano de maneira integral e com vistas à promoção da saúde não são exclusivas e estão presentes também em outras abordagens terapêuticas, como os movimentos em prol da Humanização na saúde e da Clínica Ampliada.

A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS – foi implementada com vistas à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas no SUS. Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2006a).

Entende-se que esse processo demanda "mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho". E também carece de um "resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde" (BRASIL, 2006a, p.15-16).

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos

como “tecnologias” ou “modos de fazer”: acolhimento, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; entre outros. A PNH apresenta também como alguns dos seus objetivos (BRASIL, 2006a):

- ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada, e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;
- organizar o acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos priorizados, e buscando adequação da capacidade resolutiva.

Para ajudar na compreensão dos termos abordados na PNH, segue a descrição de alguns conceitos no Quadro 2.

Quadro 2 Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH).

Conceito	Descrição
Acolhimento	Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação, quando necessário, com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência.
Autonomia	No seu sentido etimológico, significa "produção de suas próprias leis" ou "faculdade de se reger por suas próprias leis". Designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde.
Clínica ampliada	Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.
Humanização	Compreendida a partir de uma abordagem ético-estético-política: ética implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. Esse compromisso se assenta nos valores de autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, solidariedade dos vínculos, direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão.
Igualdade	O acesso às ações e aos serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.
Integralidade	Garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde e requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Também se deve compreender a proposta de abordagem integral, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.
Protagonismo	É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.
Universalidade	O Estado tem o dever de prestar cobertura, atendimento e acesso ao SUS. Expressa que os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento

	universais, de modo equitativo e integral.
Vínculo	A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, p.35-51.

O SUS, ao criar o HumanizaSUS como proposta de repensar a qualidade prestada no atendimento em saúde, o fez estabelecendo as diretrizes de sua implantação. Assim, a forma encontrada para garantir a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde foi implementar a transversalidade, a integralidade e o protagonismo como forma de organizar o sistema (BRASIL, 2006c).

Ademais, defende a Clínica Ampliada por considerar o sujeito, a família e o contexto no sentido de compreender o processo saúde-doença e desenvolver a autonomia dos envolvidos. Para tal, utiliza como ferramentas a integração da equipe multiprofissional, a adscrição da clientela, a construção do vínculo e a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, entre outros (BRASIL, 2006c).

> "A clínica ampliada apresenta-se como ferramenta para que os processos de trabalho em saúde se voltem para a produção do cuidado centrado nos usuários, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo. São ampliados o objeto de atenção, os meios e as finalidades. Visa a cura e o alívio do sofrimento, bem como o desenvolvimento de autonomia das pessoas para lidarem com seus problemas e condições concretas de vida, através do uso predominante de tecnologias leves e da construção dialogada entre trabalhador, usuário e sua família e equipe de saúde" (MATUMOTO et al, 2011, p.3)

Dessa forma, entende-se que as práticas integrativas/complementares e as humanizadoras para o atendimento na Atenção Básica demandam, entre outras mudanças, uma revisão do processo de trabalho, sendo necessário

repensar, por exemplo, o tempo dos atendimentos, a forma de abordagem dos profissionais com os usuários e também a relação da equipe de trabalho (SCHOLZE, 2009).

1.3 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E CUIDADO

Todo e cada um dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, na atenção e na gestão do sistema, têm ideias, conceitos, concepções acerca da saúde e de sua produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada um e cada unidade deve cumprir na prestação dos serviços de saúde (CECCIM e FERLA, 2008). É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes em cada ponto do sistema e que cada profissional opera.

Compreende-se que os profissionais atuam como multiplicadores do conhecimento e, portanto, de um modelo de saúde pretendido. "O saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos" (MINAYO, 2010, p.28)

Uma vez que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural de diferentes sujeitos, além de ser dependente da época, do lugar, da classe social, de valores individuais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007), compreende-se que a polissemia das concepções de saúde e cuidado interferem tanto nas práticas assistenciais quanto no desenvolvimento das políticas públicas.

Conceito é um termo concreto ou abstrato utilizado para descrever um ou vários fenômenos por meio de uma ou mais palavras. Os significados conceituais são dinâmicos, específicos e entendidos dentro de determinado contexto e de certa estrutura teórica (WILLS e McEWEN, 2009).

> "A historicidade dos conceitos deriva da necessidade continua de produção de instrumentos que possam orientar o pensamento na busca de soluções para os desafios da vida cotidiana. Por conseguinte, a sua produção se apoia nas concepções filosóficas, teóricas e políticas hegemônicas em um

> determinado momento, não sendo possível, portanto, abordar um conceito sem refletir sobre a sua história" (ARANTES et al, 2008, p. 190-191).

Isso justifica o fato de alguns conceitos serem válidos por determinados períodos e depois serem criticados e/ou substituídos. O funcionamento "normal" do corpo já foi apresentado como sinônimo de saúde na Medicina Moderna e questionado a partir de 1970, devido ao foco no funcionamento orgânico; da mesma forma, o conceito de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, proposto pela OMS já foi discutido, em busca de um conceito menos abstrato (ARANTES et al, 2008; OMS 1946).

Atualmente, no Brasil, o SUS apresenta saúde como um estado de equilíbrio entre as dimensões física, psicológica, social e cultural (BRASIL, 2006a), de modo a guiar as políticas públicas. Esses diferentes conceitos, desenvolvidos a partir da metade do século XX, no Brasil e no exterior, são diferentes concepções de saúde, visto que cada um apresenta certa percepção, determinada compreensão sobre saúde (BARBOSA, 2000).

Cada concepção interfere na atenção em saúde prestada, na medida em que contém e veicula diferentes visões de mundo. Em uma revisão bibliográfica que buscou apresentar algumas das concepções do processo saúde-doença e promoção da saúde, as autoras destacam que uma das dificuldades da definição do processo saúde-doença repousaria no modo como é retratado o corpo humano, segmentado, longe de uma compreensão enquanto totalidade complexa (ARANTES et al, 2008).

Por exemplo, pode-se citar como a discussão sobre prevenção e promoção da saúde tem, como ponto de partida, o próprio conceito de saúde: na perspectiva da prevenção, a saúde é vista como ausência de doenças, enquanto que, na promoção da saúde, é encarada como um conceito positivo, multidimensional, dentro de um modelo participativo de cuidado. Esta diferença é radical porque implica transformações profundas no uso e na operacionalização das práticas de saúde (ARANTES et al, 2008).

A promoção da saúde busca articular saberes técnicos e populares, a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes. Nessa concepção, profissionais e usuários podem trabalhar juntos no enfrentamento de diversos problemas e necessidades de saúde (CHIESA et al, 2007).

Pode-se, portanto, compreender que alguns conceitos de saúde tratam da cooperação entre diferentes setores a fim de ampliar as possibilidades de cuidado e da relação profissional-usuário, de modo a guiar o processo de trabalho, enquanto outros conceitos buscam uma maior fragmentação do cuidado e o predomínio de determinada classe profissional ou racionalidade médica. Por isso, compreender a complexidade das concepções de saúde é um prelúdio para a melhoria do cuidado em uma variedade de contextos (LARSON,1999).

O cuidado pode ser compreendido como um traço humano, um imperativo moral, uma intervenção terapêutica caracterizada pela sensibilidade interpessoal (FINFGELD-CONNETT, 2007); ou como o foco da disciplina de Enfermagem, composto por uma ambiguidade de significados (BRILOWSKI, 2005). Ao discutir a definição do termo, traz-se a contribuição de Zoboli (2004):

> "A natureza da palavra 'cuidado' inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Assim, parece que a filologia da palavra 'cuidado' indica que cuidar é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros" (ZOBOLI, 2004, p.22).

Para Zoboli (2004), aspectos históricos revelam que não há uma ideia única de cuidado, mas um conjunto de noções de cuidado de várias abordagens, como a mitológica (fábula-mito da alegoria Cuidado na criação do homem), a religiosa e a teológica (necessidade de cuidar do outro), a filosófica (Martin Heidegger – o filósofo do cuidado por excelência), a psicológica (Rollo May e Erick Erikson) e a contemporânea (Carol Gilligan), que se unem por alguns sentimentos e narrativas, cuja influência

perdura através dos tempos e por diversos temas recorrentes.

Sendo assim, é impossível encontrar apenas um único significado para "cuidado". Até mesmo a autora desta pesquisa já apresentou uma descrição para o termo em estudo anterior, denominado como visão ampliada de cuidado e desenvolvido a partir da compreensão de um indivíduo como um componente bio-psico-social-energético, que identifica o processo saúde-doença como uma consequência da inter-relação entre esses itens e busca o bem-estar por meio do equilíbrio entre esses fatores (SCHVEITZER, 2010).

Uma vez que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde, dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação, é possível dizer que as compreensões de saúde e cuidado mesclam subjetividade e determinação histórico-social. A saúde não pode ser vista como algo alheio aos sujeitos, pois tudo o que se diz sobre saúde é dito por alguém e para alguém (TARRIDE, 1998). Ao mesmo tempo, não é algo apartado das interpretações culturais, já que os sujeitos integram coletivos humanos.

Essa situação torna-se complexa quando se pensa no processo de trabalho em saúde na Atenção Básica, pois o cuidar engloba o indivíduo, a família e os grupos da comunidade, inclui as ações educativas e administrativas e a participação coletiva no planejamento da saúde (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

O trabalho em saúde ocorre quando há um encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade em saúde, e um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes e práticas (MERHY, 1997). Assim, este encontro é dependente do saber fazer deste trabalhador, que contribui para um caminhar mais autônomo daquele usuário no seu modo de andar a vida.

> "Nos encontros de cuidado, estão no mínimo, duas pessoas (um usuário e um profissional), que, como dignas e cidadãs, são iguais no devido mérito de respeito; porém, mesmo distintas quanto às suas biografias e quanto ao momento do processo saúde-doença em tela, precisam de um diálogo, com base na igual dignidade, para bem cuidar" (ZOBOLI, 2009, p.195).

Ambos, trabalhadores e usuários, são responsáveis pela construção do cuidado, ao trocar, além de sinais e sintomas, fatos, emoções e sentimentos, sendo esse um processo dinâmico, uma vez que "cuidar é ir ao encontro de outra pessoa para acompanhá-la na promoção de sua saúde, a partir de criação, cultivo e manutenção de laços de confiança e vínculo" (ZOBOLI, 2009, p. 201).

Dessa maneira, entende-se que, no processo de trabalho, a forma como o trabalhador compreende saúde irá influenciar, além de outros fatores, na forma como o cuidado é prestado. Algumas concepções são mais coerentes com determinados tipos de atenção, por exemplo, as práticas integrativas/complementares e as humanizadoras parecem mais condizentes com a concepção de saúde integral a partir da qual defendem um cuidado holístico.

Todavia, são constantes os embates entre os profissionais de saúde e as práticas integrativas e complementares, especialmente quanto a pesquisas nessa área, uma vez que é complexo pesquisar dentro dos parâmetros da ciência biomédica, diferentes racionalidades médicas e práticas em saúde. Inúmeras vezes, as metodologias aceitas pela sociedade científica, principalmente a ocidental, não são ferramentas adequadas na avaliação, e barreiras potenciais são apontadas para pesquisas em práticas complementares, como os diferentes conceitos de saúde e doença, falta de concordância entre critérios diagnósticos, visões contrastantes entre o processo terapêutico e diferentes teorias sobre a etiologia das doenças. A mera transferência da concepção de pesquisa científica ocidental, segundo princípios positivistas, pode estar em desacordo com os fundamentos holísticos nos quais as práticas complementares se estruturam. Seriam muito mais problemas paradigmáticos, de transição de diferentes visões de mundo, do desafio de integração desses conhecimentos, do que propriamente a falta de evidência e efetividade clínica das práticas (SALLES, KUREBAYASHI E SILVA, 2011).

Estudos em diferentes realidades já demonstraram que os profissionais de saúde se sentem mais à vontade de recomendar serviços de PIC quando estes o utilizam ou conhecem e, especialmente, quando existe

evidência científica sobre a prática (THIAGO E TESSER, 2011). Por isso, vale destacar o aumento de cursos de graduação em saúde que já incluem as PIC no currículo e também estratégias de implantação desses serviços na APS, que incluem o treinamento dos profissionais de saúde (CHRISTENSEN E BARROS, 2011). Ressalta-se, porém, que ainda não fazem parte dos currículos de formação dos profissionais da saúde e nem são cobertas de seguro médico (SALLES, KUREBAYASHI E SILVA, 2011).

Em relação às práticas humanizadoras, Rios (2009, p.11) lembra que, quando o assunto chegou aos serviços de saúde, a reação dos trabalhadores foi a mais variada possível. Aqueles que já trabalhavam nessa perspectiva sentiram-se finalmente reconhecidos, mas a maioria reagiu com desdém ou indignação: "não eram humanos, afinal?". Entretanto, uma vez que se iniciava a discussão sobre humanização como um processo de construção da ética relacional para recuperar valores humanísticos esmaecidos pelo cotidiano institucional, ficava clara a importância de trazer essa reflexão para os Serviços de Saúde, ainda que esse modo humanizado continue como utopia em alguns ambientes.

Assim, considerando as dificuldades de desenvolver práticas que valorizem a integralidade e o protagonismo dos sujeitos, a hegemonia da Biomedicina em relação às outras racionalidades, tanto na pesquisa quanto nas práticas em saúde, e a autonomia das ações na atenção primária, questiona-se **quais são as concepções de saúde e cuidado subjacentes às práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica.**

Para responder a essa questão, este trabalho pretende ir além de pesquisas teóricas sobre a compreensão do conceito de saúde (LARSON 1999; AYRES, 2007; SCLIAR 2007), uma vez que pretende buscar, no processo de trabalho, por meio do registro em artigos científicos de experiências de práticas integrativas/complementares e humanizadoras, as concepções de saúde e cuidado, pois, ao compreender estes diferentes significados, pretende-se reforçar as perspectivas de melhora na qualidade do atendimento (LARSON 1999).

Em estudo que buscou identificar os conceitos de biológico e social na determinação do processo saúde-doença, a autora apontou para a necessidade de uma redefinição de marcos teóricos que possibilitem o avanço dos conhecimentos e, consequentemente, das práticas em saúde (IANNI, 2008). Assim, a justificativa desta pesquisa recai sobre a necessidade de realizar revisões que vão além de abordagens predominantemente tradicionais nas atuais instituições de ensino, cuja proposta metodológica pode apontar para o desafio de transformação no setor da saúde, promovendo a viabilização, a operacionalização e a consolidação do próprio SUS (SALLES, KUREBAYASHI E SILVA, 2011).

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem o **objetivo geral** de construir, a partir da revisão sistemática de literatura, quais são as concepções de saúde e cuidado subjacentes às práticas integrativas/complementares e humanizadoras para o atendimento na Atenção Básica. Para tal, possui os seguintes **objetivos específicos**:

1. distinguir concepções de saúde subjacentes às práticas integrativas/complementares e humanizadoras para o atendimento na Atenção Básica;
2. diferenciar concepções de cuidado subjacentes às práticas integrativas /complementares e humanizadoras para o atendimento na Atenção Básica;
3. inventariar práticas integrativas/complementares e humanizadoras para o atendimento na Atenção Básica que visam à Clínica Ampliada.

MARCO REFERENCIAL

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Os modelos de saúde e cuidado acompanharam as mudanças ocorridas no desenvolvimento histórico e sociocultural da humanidade. No último século, houve a hegemonia do modelo biomédico, que não é homogêneo em sua perspectiva biologicista e permite a possibilidade de alternativas de conduta diagnóstica ou terapêutica, ou de novos modelos de medicina construídos no interior do movimento da contracultura (BARROS, 2008).

Devido à influência do modelo biomédico, os profissionais de saúde concentraram esforços para oferecer uma atenção hospitalar centrada na doença. Mas, atualmente, os sistemas de saúde têm recebido incentivos tanto de organizações internacionais quanto nacionais para concentrar esforços na Atenção Básica em direção a um cuidado integral, de continuidade e resolutividade (ALMEIDA e ROCHA, 1997).

Essas mudanças influenciaram também o processo de trabalho dos profissionais de saúde. Este é, antes de tudo, o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços (GONÇALVES, 1994).

Na área da saúde, ao se vincular as práticas ao modo de produção e às políticas sociais como parte de um processo histórico, coletivo e organizado socialmente, o processo de trabalho experimenta reorientar seu objeto para além do doente e de suas queixas (ALMEIDA e ROCHA, 1997) com vistas à construção de sujeitos de cuidado.

Curar, tratar, controlar tornam-se, assim, posturas limitadas, uma vez que essas práticas pressupõem uma relação estática, individualizada e objetificadora dos sujeitos-alvos das intervenções em saúde. Cuidar passa a encarnar mais ricamente a tarefa prática da saúde coletiva, pois, além de incluir as competências e tarefas técnicas, não se restringe a elas (AYRES, 2009).

> "O processo de trabalho, enquanto micropolítica, pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários" (MALTA e MERHY, 2003, p.65).

O cenário do trabalhador em saúde é relacional, dinâmico e apresenta-se rico em significados, saberes, ações e informações que precisam ser sistematizadas para produção de bens/produtos – cuidado, assistência, tratamento, porque está nos saberes/conhecimentos o principal patrimônio para gerar opções tecnológicas de atenção à saúde, a fim de contribuir para o aprimoramento das práticas de saúde (MEIER e CIANCIARULLO, 2002).

O desenvolvimento tecnológico é um processo pelo qual meios de trabalho novos, mais produtivos e/ ou mais eficazes são criados por via de aplicação de conhecimento científico. Mas não se deve confundir questão tecnológica com desenvolvimento científico-tecnológico. E não se deve distanciar também a relação subjetiva entre o sujeito e a equipe de saúde do processo de trabalho (GONÇALVES, 1994).

A partir de 1950, cresceram as críticas do campo da saúde associadas à grande produção de tecnologia para a Medicina (BARROS, 2008). Mas tecnologia não deve ser reduzida a um conjunto de instrumentos materiais do trabalho, pois, até por motivos etimológicos, o termo refere-se aos nexos técnicos estabelecidos dentro do processo de trabalho entre a atividade prática e os objetos de trabalho, por meio de instrumentos (GONÇALVES, 1994).

Ao compreender tecnologia como um "conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social" (GONÇALVES, 1994, p.32), entende-se que não há tecnologia fora dos processos de trabalho e só dentro deles, apontando, ao mesmo tempo, para dimensões técnicas e sociais.

O trabalho em saúde deve ser centrado no trabalho vivo em ato, que se refere ao trabalho criador, oposto ao trabalho morto, que são os produtos meios (ferramentas, matérias primas), resultados de um trabalho humano

anterior e que o homem utiliza para realizar um dado trabalho (MALTA e MERHY, 2003).

O trabalho vivo em ato é dividido em três níveis: leve – que inclui as relações de vínculo, acolhimento, estabelecidas entre profissionais-usuários ou entre profissional-profissional; leve duro – que são os saberes específicos de cada profissional; e duro – que compreende as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais de cada ambiente de trabalho (MERHY e ONOCKO, 1997).

Entende-se, assim, que a tecnologia criticada a partir de 1950 se referia ao trabalho vivo em ato do tipo duro, relacionada aos avanços da Medicina em máquinas, em detrimento do trabalho em vivo do tipo leve, com menor relação de vínculo e atenção ao sujeito. Esse distanciamento influenciou a busca por tratamentos alternativos e complementares no final do século XX (BARROS, 2008).

No processo de cuidado, é necessário buscar alternativas tecnológicas e metodológicas diferentes daquelas relacionadas usualmente aos instrumentos materiais nas práticas de saúde. Alternativas de maior eficiência, porém, com uma perda controlada de eficácia, voltadas para o saber que é intrínseco ao processo do trabalho em saúde (GONÇALVES, 1994).

Um exemplo dessa necessidade é a pesquisa realizada por Gonçalves (1994) com médicos e enfermeiras de unidades básicas do município de São Paulo. Foi comum a dificuldade desses profissionais para indicar diretamente um objeto de trabalho, uma vez que estes referiam-se sempre às finalidades do trabalho para definir o objeto, que ainda assim pareciam inadequadas para caracterizar o trabalho desenvolvido na Atenção Básica porque focavam na assistência individual e apresentavam como objeto o corpo anátomo-fisiológico, cujo instrumental era organizado pela Clínica enquanto saber.

As práticas de saúde têm a natureza técnica, mas são ao mesmo tempo práticas sociais, determinadas por condições econômicas, políticas, ideológicas, biológicas e culturais. Portanto, é necessário reconceitualizar o objeto dessas práticas e construir novas relações sociais nos diferentes

campos de atenção à saúde (OGATA, 2000). Para reforçar essa visão, tem-se que

> "O processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado e toda a construção viva do futuro" (GONÇALVES, 1994, p.268).

A cada encontro no mundo do cuidado, por meio de práticas societárias, deve-se apostar na produção e defesa da vida do outro, sem repetir a privatização do cotidiano do cuidado, que ocorre quando os profissionais se apossam do cuidado e excluem os usuários, em um trabalho vivo em ato que é usado para fazer o usuário dizer o que o profissional deseja ouvir e baseado em práticas de controle sobre o modo de viver do outro (MERHY, 2007).

Deve-se recuperar uma prática de cuidado libertadora para superar o modelo hegemônico neoliberal. É necessário organizar processos de trabalho cada vez mais partilhados, organizados em uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2007).

O trabalho em saúde não possui um objeto plenamente estruturado, e suas tecnologias de ação configuram-se em processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações e de encontros de subjetividades. Portanto, vai além dos saberes tecnológicos estruturados e comportam um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2007).

Pensar um modelo anti-hegemônico capaz de tornar a dinâmica microdecisória mais pública, capturada pelo mundo das necessidades dos usuários, não é simples. A atual fragmentação do setor de saúde em grupos populacionais específicos, regulados pelo capital e articulado ao financeiro, dificulta projetos que apostam na saúde como um bem público, patrimônio

de toda a sociedade e de valor inestimável, tanto individual quanto coletivo (MERHY, 2007).

Nesse processo, é necessária a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, expressa como processo de produção de relações *intersessoras*, que não é um somatório de um com o outro, mas um espaço de encontro de suas interseções. Ele configura-se, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, autonomização, vínculo, entre outras (MERHY, 2007).

No encontro entre um profissional da saúde e um usuário, Merhy (2007) considera que existem três tipos de valises (caixa de ferramentas tecnológicas) que o trabalhador utiliza para agir nesse processo de interseção. A primeira está vinculada à sua mão e carrega equipamentos (tecnologias duras), a segunda está vinculada à sua cabeça e aos saberes e conhecimentos (tecnologia leve-dura) e a terceira está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e contém tecnologias leves, implicadas com a produção das relações entre os dois sujeitos, que só têm materialidade em ato.

A relação da terceira valise com as outras duas define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado como uma determinada modelagem tecnológica de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do "seu modo de andar a vida", além das distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo o objeto de trabalho dos profissionais da saúde (MERHY, 2007, p.99).

Os arranjos entre essas valises são estratégicos e, na história do cuidado, diferentes valises já assumiram a posição de destaque, definindo, assim, diferentes modelos de atenção à saúde e também as competências necessárias para cada um dos trabalhadores em saúde.

De maneira geral, as competências básicas de intervenção em saúde incluem as dimensões cuidadora e "profissional específica". A primeira é a dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos em saúde, e a segunda, a dimensão profissional centrada, própria de cada recorte tecnológico específico. Essas dimensões se compõem em qualquer

produção de atos de saúde e vão se definindo como campos de saberes tecnológicos nos possíveis arranjos que as três valises permitem (MERHY, 2007).

A redução e o endurecimento das valises tecnológicas para garantir procedimentos focais cada vez mais restritos e válidos em si mesmos torna-se um martírio e, ao mesmo tempo, um êxito do exercício do trabalhador de saúde, inclusive no campo das ações de saúde pública, onde a dimensão centrada no profissional praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora dos profissionais de saúde (MERHY, 2007).

Dessa forma, não é de se surpreender que o paciente-doente acaba sendo reconhecido como o objeto de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Básica. Essa situação foi identificada por Gonçalves (1994) e Almeida (1997). Consequentemente, a finalidade das unidades básicas torna-se prevenir e curar doenças, de modo individual, sem considerar a saúde-doença com um processo coletivo (ALMEIDA, 1997).

Nesse cenário, fica mais fácil entender por que "é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde" (AYRES, 2009, p. 31), uma vez que o sucesso técnico de como prevenir doenças retorna ao plano da individualidade do corpo suas propostas de intervenção, mas o sucesso prático da promoção de saúde é deliberativo, no sentido que demanda das partes envolvidas definirem o que fazer para cuidar.

Assim, as valises devem ser utilizadas de modo a ordenar a produção de atos de saúde, que são sempre trabalho vivo em ato, de modo a retomar o objeto de trabalho no campo da saúde, que é a produção do cuidado, considerando-se a complexidade desse atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade desse agir (MERHY, 2007).

3.2 PRÁTICAS DE SAÚDE

Identificar tecnologia na área da saúde como um saber fazer intencional mediado pela reflexão/razão do ser humano e suas experiências permite que os trabalhadores possam redescobrir sua identidade autônoma,

responsável, reflexiva, coerente e considerar a subjetividade para uma prática integrada, singular e científica, ou seja, uma prática tecnológica (MEIER e CIANCIARULLO, 2002).

Entretanto esse não é um processo simples, uma vez que cada profissional apresenta diferentes instrumentos/conteúdos/atitudes nas valises que utiliza para a prática em saúde. Se se retomar a ideia de Merhy (2007), pode-se entender como as práticas complementares/integrativas e as práticas humanizadoras são tecnologias que podem ou não fazer parte dessas valises.

No caso da Biomedicina, o profissional terá na valise vinculada à sua cabeça saberes e conhecimentos que foram desenvolvidos dentro da Física clássica e da fragmentação do organismo. Assim, será um desafio para esse profissional incluir uma tecnologia leve que não faça parte desse referencial epistemológico (TESSER e LUZ, 2008). Um exemplo dessa situação é a dificuldade atual de incluir a integralidade dentro da prática em saúde. A teoria da Biomedicina, vinculada aos saberes científicos, não foi construída dentro de um referencial integral, e tem sido muito difícil modificar a prática, pois esse saber domina a ação cognitiva e terapêutica dos profissionais hegemonicamente biomédicos (TESSER e LUZ, 2008).

Cada racionalidade médica apresenta diferentes saberes e também diferença na forma como as valises irão interagir para exercer a prática de saúde. Todo o processo interpretativo e terapêutico será restringido e dirigido pelos valores, métodos e limites estilísticos, e todo saber e ação em saúde/doença serão mais ou menos completos, extensos e verazes em coerência com as respectivas concepções e características das racionalidades (TESSER e LUZ, 2008).

Portanto, as racionalidades que já compreendem o homem como um ser integral na sua cosmologia facilitam essa abordagem na diagnose/terapêutica, ainda que nem sempre, por exemplo, em situações em que medicamentos homeopáticos são usados isoladamente ou quando a Acupuntura é tratada apenas como mais uma especialidade mercantilizada (TESSER e LUZ, 2008).

A Medicina Tradicional Chinesa, como racionalidade médica, apresenta, em sua cosmologia, uma visão integral do ser humano que facilita

a prática dentro dessa percepção de cuidado. A Homeopatia também apresenta, tanto no saber quanto na prática, maior teor de integralidade. Assim, a inserção dessas racionalidades e "sua oferta à população na rede básica é uma estratégia promissora de enriquecimento e ampliação do coeficiente de integralidade nas práticas do SUS" (TESSER e LUZ, 2008, p.204).

A Atenção Básica é o espaço que logicamente oferece as melhores condições para o uso dessas tecnologias, uma vez que está menos comprometida historicamente com a cultura das especialidades biomédicas e também por ser o espaço máximo de autonomia tanto de profissionais quanto de usuários (TESSER e LUZ, 2008; QUEIROZ, 2006). Sobre o contexto em que se insere o tratamento dado à saúde, Merhy (2006) assim se manifesta:

> "A rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde" (MERHY, 2006, p.199).

No caso das práticas alternativas, atualmente a PNIPIC vem promovendo um maior acesso a essas terapias no SUS e tentando diminuir uma equação profundamente desligitimadora, que consiste em permitir a pluralidade terapêutica para os ricos (fora do SUS) enquanto, para os pobres, sobra o rigor (e os limites) da Biomedicina (CUNHA, 2005).

Dessa forma, Cunha (2005, 2002) entende que, para facilitar o acesso a diferentes racionalidades, é fundamental a formação do profissional híbrido, capaz de colocar o projeto terapêutico do paciente no primeiro plano e ponderar junto com ele riscos e benefícios para escolher o melhor caminho terapêutico em cada momento. Ele pontua:

> "É possível que um profissional médico, enfermeiro ou fisioterapeuta saiba ao menos condutas básicas de acupuntura para os problemas mais frequentes, o que o levará, por exemplo, a praticar auriculoterapia colando sementes de mostarda em pontos específicos da orelha dos pacientes, sem atuar inicialmente com toda a potencialidade da racionalidade, mas certamente com uma ampliação da clínica tradicional" (CUNHA, 2005, p.151).

Ás vezes, esse profissional poderá ter tido acesso a toda teoria da racionalidade da Medicina Chinesa, ou então ele pode estar simplesmente utilizando uma técnica isolada para ampliar o tratamento. De toda forma, questiona-se se o fato de utilizar práticas de outras racionalidades já seria suficiente para ampliar a clínica.

Parece que, ao utilizar uma prática isolada de auriculoterapia, estaria se ampliando as opções terapêuticas, mas, dessa forma, estar-se-ia realmente ajudando o paciente a tomar maior consciência do seu processo de saúde ou se estaria de novo simplesmente propondo uma técnica diferente, que o paciente iria aceitar, mesmo sem entender completamente como funciona?

Muitas vezes, o raciocínio e a terminologia de diferentes racionalidades podem ser bastante confusos para o público leigo, como *Yin* e *yang*, *Similia similibus curantur*, para citar alguns dos termos comuns da Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia. A introdução dessas racionalidades deve ser realizada no sentido de melhorar a relação entre profissional-usuário, e para usar ao máximo os referenciais de integralidade, autonomia e autocuidado dessas práticas.

> Sabemos que todas as medicinas e culturas apresentam limites no seu trato do processo saúde-doença, na sua eficácia/efetividade/veracidade, tanto na promoção da saúde como na diagnose e prevenção de adoecimentos e terapêutica. São esses limites que fazem com que seja relevante e de interesse público o tema da integralidade, independente da racionalidade médica analisada (TESSER, LUZ, p.202).

Além da integralidade, incorporar a autonomia no cuidado é também um desafio para as diversas racionalidades, não só para a Biomedicina, uma vez que o profissional pode atender com práticas complementares sem realizar uma atenção humanizada, comprometida com o usuário e o seu estilo de vida, ou seja, continua uma prática fragmentada.

Entende-se que, além das dificuldades epistemológicas envolvidas no arranjo das valises de cada racionalidade, é necessário também valorizar as práticas humanizadoras como tecnologias que podem fazer ou não parte dessas valises. Ainda que, para a maioria das racionalidades, o cuidado humanizado seja intrinsicamente estruturado, as dificuldades da

incorporação da PNH na Atenção Básica são uma demonstração de como é difícil incluir essa tecnologia no agir em saúde.

A Atenção Básica, elemento estratégico que responde a um longo processo social decorrente de reordenações na sociedade capitalista brasileira e da relação entre políticas sociais e da saúde em particular, demanda por ações individuais e coletivas para compor um cardápio tecnológico de intervenções em saúde (MERHY, 2006).

Nas ações individuais, as tecnologias leves, como o acolhimento proposto na PNH, e as leve-duras são estratégicas. No plano coletivo, muitas tecnologias duras ou leve-duras são eficientes. Os estabelecimentos prestadores de serviços são uma rede de serviços articulados tecnologicamente, com distintas opções tecnológicas de âmbito individual e/ou coletivo, conforme diferentes interesses, mas que devem focar nos usuários e na sua maneira de representar seus sofrimentos enquanto problema-doença (MERHY, 2006).

É um desafio articular essas ações com os saberes estruturados (clínicos/epidemiológicos, entre outros) a fim de produzir, nos estabelecimentos de saúde, acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização, resolutividade e efetividade, compromisso e autonomização dos usuários, diante dos diferentes "modos de andar a vida" (MERHY, 2006, p.227).

Dessa forma, se tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então os profissionais de saúde têm de pensar como estão construindo mediações e escolhendo o que devem querer, ser e fazer àqueles a quem assistem e a si mesmos (AYRES, 2009).

> Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido de intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar esse estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2009, p.64-65).

Assim, para que as práticas complementares/alternativas e humanizadoras estejam presentes nas valises, faz-se necessário não somente

ampliar as bases científicas das tecnologias para além das ciências biomédicas, mas também realizar um trabalho de reconstrução das interações intersubjetivas de cuidado para que a presença do outro seja mais efetiva e criativa (AYRES, 2009).

3.3 PRÁTICAS DE CUIDADO

Um dos aspectos que podem transformar um encontro terapêutico em uma relação de cuidado é a possibilidade de relacionar o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde de modo a superar a conformação individualista de concepção de saúde como um "completo bem-estar" imutável e isolado à experiência de vida dos sujeitos (AYRES, 2009).

Já foi demonstrado como a incorporação de outras racionalidades e práticas pode enriquecer a Biomedicina rumo à recuperação dos valores humanistas de atenção à saúde. Também mostrou-se que a oferta e incorporação de tecnologias leves constituem-se em recursos desejáveis a esse processo. Entretanto, Ayres (2009, p.83) destaca que nem usuários nem profissionais sabem manejar esses recursos satisfatoriamente, talvez pela sua falta de sentido/significado para o dia a dia do outro.

Na Atenção Básica, essa situação torna-se real, por exemplo, quando profissional e usuário são surpreendidos pela falta de resultados ao se cumprir mecanicamente seus papéis ou procedimentos/protocolos, orientados por uma lógica clínico-preventivista de controle de riscos e de normalidade funcional (AYRES, 2009 e CUNHA, 2005).

Alternativas de práticas para refletir o sentido do uso dessas tecnologias já foram propostas, como, por exemplo, a valorização da "sabedoria prática" ou *phrónesis* (AYRES, 2009) e também o movimento do Antiprotocolo (CAMPOS, 2005), ambas buscando reascender em profissionais e usuários a prática do cuidado tecnológico e humanizado.

A "sabedoria prática" destacada por Ayres (2009) apresenta como o reconhecimento e a revalorização do projeto de felicidade do ser humano estabelece uma ponte entre o sentido da existência e as questões mais

diretamente relacionadas à experiência de saúde e da atenção à saúde, refletindo positivamente nos modos de agir e interagir das relações humanas nas práticas de saúde.

Já o movimento proposto por Campos (2005) veio a partir de uma proposta Paideia, de cogestão do trabalho e de qualificação da clínica em direção a uma Clínica dos Sujeitos. O Antiprotocolo foi organizado contra a ideia de valorização do aspecto biológico do sujeito doente e os pressupostos de simplicidade e imutabilidade da realidade, que acarretavam uma inexorável desresponsabilização dos trabalhadores.

O Antiprotocolo é uma oferta gerencial totalmente construída para a Atenção Básica, que também pode ser entendida como um método de trabalho das equipes. É composto de três movimentos: o diagnóstico/indicadores para realizar a análise da situação, a escolha dos recursos possíveis e a assimilação das diretrizes para a Clínica Ampliada na Atenção Básica (CAMPOS, 2005).

As diretrizes para a Clínica Ampliada são apresentadas de forma bastante didática e simplificada a partir de relatos de "hábitos" comuns das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para melhorar o sucesso no tratamento, Campos (2005, p.167-171) sugere:

> Evitar recomendações pastorais e culpabilizantes. Doença multifatorial não tem causa única. Negociar restrições sem rancor e levando em conta investimentos do doente. Trabalhar com ofertas e não apenas com restrições. Especificar ofertas para cada sujeito. Evitar iniciar as consultas questionando aferições e comportamentos. Valorizar a qualidade de vida. Perguntar o que o paciente entendeu do que foi dito sobre sua doença e medicação. Evitar dizer "sempre" ou "nunca" (preferir o conceito de possibilidades). Evitar assustar o paciente. Lembrar que doença crônica não pode ser a única preocupação da vida. Equilibrar combate à doença com produção de vida (atenção com a medicalização da vida). Atuar nos eventos mórbidos com o máximo de apoio e o mínimo de medicação. Preferir fitoterápicos a diazepínicos.

Embora essas recomendações estejam apresentadas dentro de um panorama de integralidade, o autor optou por organizar antiprotocolos por doenças de modo a facilitar a incorporação dessas diretrizes pela equipe de saúde, hegemonicamente formada na tradição biomédica. Como exemplo

pode-se citar o Antiprotocolo para Tabagismo, que destaca a importância das reuniões de equipe, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular/PTS e a organização da Visita Domiciliar (CAMPOS, 2005).

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do PTS convidam a entender que situações citadas pela equipe como de difícil compreensão são casos que acabam esbarrando nos limites da Clínica tradicional. Para isso, Campos (2005) sugere realizar uma anamnese ampliada com a intenção de ajudar a equipe a enriquecer os encontros com os usuários.

A anamnese ampliada (influenciada pela Homeopatia e pela Teoria do Controle Social) propõe-se a ouvir o paciente, a partir de suas ideias e palavras, sem muito direcionamento (exceto casos de urgência) e sem duvidar de fatos que as teorias não explicam. Campos (2005, p. 190) cita como exemplo dessa situação o relato "só dói quando chove" e relata:

> "uma história clínica mais completa, sem filtros, tem uma função terapêutica em si mesma, uma vez que situa os sintomas na vida do Sujeito doente e dá a ele a possibilidade de falar, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, essa anamnese permite que os profissionais reconheçam as singularidades do Sujeito e os limites das classificações diagnósticas" (CAMPOS, 2005, p. 190-191).

É preciso destacar a propriedade deste extrato para a prática clínica. Usualmente, encontram-se usuários que só pelo fato de serem ouvidos já se sentem melhores ou mais confiantes para enfrentar a doença. Além disto, em outras racionalidades, por exemplo, a Medicina Chinesa, apresentam, na sua doutrina, a relação da chuva – excesso de "umidade" no organismo.

Por isso, é grande a preciosidade de ampliar a anamnese e a Clínica com saberes de práticas integrativas e complementares, desde que realizadas com respeito aos aspectos de um cuidado humanizado, que envolva acolhimento, vínculo e autonomia.

A partir da percepção da complexidade do sujeito, fica clara a necessidade do protagonismo no projeto de cuidado. Para tal, Campos (2005, p.192-194) destaca alguns aspectos essenciais: procurar descobrir o sentido da doença para o paciente (por que você acha que adoeceu?); indagar como o paciente se sente em relação à doença (como os problemas

afetam a sua vida?); conhecer as singularidades do sujeito (medos, raivas, manias e temperamento, sono e sonhos); avaliar se há negação da doença, qual a capacidade de autonomia e possíveis ganhos secundários com a doença; identificar quais sentimentos o profissional desenvolve pelo paciente durante os encontros e os limites e possibilidades para a relação clínica (intenções e linhas de força); conhecer projetos e sonhos do paciente (desejos) e as atividades de lazer (do presente e do passado).

"Essas são questões que em um número muito razoável de vezes apontam caminhos, senão para o projeto terapêutico, pelo menos para o aprofundamento do vínculo e da compreensão do sujeito" (CAMPOS, 2005, p. 194), além de importantes questionamentos para melhorar a compreensão sobre o significado/uso das tecnologias leves na prática da Atenção Básica.

Logicamente entende-se a dificuldade de se realizar toda essa abordagem com a demanda crescente de usuários nas UBS e também pelo tempo reduzido disponível para realizar atendimentos. Entretanto, Campos (2005) já destaca que não é necessário fazer toda essa apreensão de informações no primeiro contato, tampouco sobrecarregar os profissionais nas suas atividades. Esses são questionamentos para incentivar os profissionais para uma prática de cuidado criativa e compromissada, não só com os usuários, mas também com os próprios profissionais, reconhecidos como coadjuvantes dessa mudança.

Retornando à "sabedoria prática" de Ayres (2009), é possível traçar outros importantes pontos convergentes de mudança dos profissionais em relação à clínica. A partir do relato do caso da D. Violeta, o autor discute como a recuperação do projeto existencial da paciente permitiu estabelecer um vínculo terapêutico efetivo e um trabalho de manejo da saúde que passou a fazer sentido para ela, resultando no controle mais autônomo de suas condições. A abordagem humanizada iniciou-se com uma proposta diferente: durante um dos atendimentos, o médico convidou a paciente a falar sobre si mesma.

Esse caso consegue exemplificar sobremaneira como uma abordagem ampliada e/ou complexa do sujeito permite explorar diferentes resultados que ultrapassam a repetição de atitudes que resultam em

dissabores na prática dos profissionais da Atenção Básica. Com isso, segue-se em busca da concretização de uma prática verdadeiramente humanizada, satisfatória a profissionais e usuários.

A presença da "sabedoria prática", no caso da D. Violeta, foi apontada como o diferencial que tornou possível o movimento de humanização e a transformação em cuidado daquele encontro terapêutico (AYRES, 2009). "Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde" (AYRES, 2009, p. 89). "Cuidado" como a conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-se daquelas práticas que, por diferentes razões, não visam a essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde.

A diferença do encontro descrito entre profissional e usuária foi a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Essa capacidade de ausculta e diálogo está relacionada a um dispositivo tecnológico fundamental às propostas de humanização da saúde: o acolhimento. Sem confundir com recepção ou pronto atendimento, esse dispositivo está presente no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde (AYRES, 2009).

Em vez de simplesmente evitar os ruídos que primariamente foram detectados na interação, o profissional e a usuária melhoraram o diálogo e, assim, assumiram a corresponsabilidade pelo "Cuidado" na relação terapêutica. Construiu-se uma relação de vínculo, necessária para o comprometimento de cada um com suas próprias ações (AYRES, 2009).

Na medida em que o cuidado fomenta o diálogo e a diminuição de ruídos das relações, promove a corresponsabilização na relação terapêutica; profissionais e usuários reconstroem continuamente o cuidar em um ciclo responsável de retroalimentação. Esse ciclo é fundamental quando se considera a humanização na saúde, que requer responsabilidade consciente e autocuidado.

Como resultado desse "Cuidado" em saúde, pode-se esperar também

um enriquecimento de possibilidades terapêuticas que fujam ao estrito âmbito morfofuncional, promovendo a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde (AYRES, 2009).

Assim, ao considerar as diferenças das racionalidades médicas para as práticas de saúde, é fundamental fazê-lo no bojo do cuidado humanizado, baseado no acolhimento que desenvolve a escuta qualificada, no vínculo que desvela projetos de vida, e no agir em saúde que valoriza a autonomia e a criatividade da equipe de saúde e dos usuários.

A construção do SUS configura reviravolta ética por exigir de todos os envolvidos no sistema mudanças atitudinais e culturais para se tomar o cuidado como valor-guia para a atenção à saúde. “Exige-se nova prática marcada pela humanização e pelo exercício de uma cidadania moral” (ZOBOLI, 2007, p.76).

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Revisões na área da saúde são essenciais para resumir o conhecimento e informar trabalhadores de saúde, gestores e pesquisadores. Seu intuito é propiciar a melhor decisão clínica, favorecer o planejamento e a administração de serviços de saúde, a definição de políticas e de programas a serem implantados, além da definição de novas estratégias de pesquisa (EGGER, 2001).

A Revisão Sistemática é um método de pesquisa que permite agrupar estudos primários, extraindo deles a melhor evidência científica (COCHRANE, 2011). Consiste de um estudo secundário, que tem por objetivo reunir estudos semelhantes, publicados ou não, avaliando-os criticamente em sua metodologia e reunindo-os numa análise estatística, a metanálise, quando isto é possível. Por sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade, é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica (ATALLAH, 1998).

Fundamentada no Movimento de Pesquisa Baseada em Evidências, a revisão sistemática de dados qualitativos permite integrar estudos primários que utilizam o paradigma interpretacionista e crítico de forma sintetizada, mas não combinada estatisticamente.

Este método propõe a realização de uma metassíntese, por meio da combinação de estudos qualitativos de um determinado campo de estudo com vistas a compreender o fenômeno e ampliar o conhecimento, favorecendo a sua aplicação na adoção de políticas e práticas e nas tomadas de decisões em saúde (LOPES e FRACOLLI, 2008).

Devido às necessidades de desenvolver as melhores abordagens para a revisão de estudos qualitativos, a Fundação Cochrane estabeleceu o *Qualitative Research Methods Working Group* com a finalidade de orientar a realização de revisões dentro do Contexto da Fundação (LOPES e FRACOLLI, 2008).

Atualmente, outra organização que se destaca na condução de revisões sistemáticas de dados qualitativos é o Instituto Joanna Briggs, vinculado à Universidade de Adelaide – Austrália. Este Instituto colabora internacionalmente com mais de 60 países na promoção e suporte na realização de metassínteses por agregação (categorização de *findings*) e também na transferência e utilização dos resultados das revisões para a tomada de decisões em saúde (JBI, 2011).

A Escola de Enfermagem, juntamente com a Faculdade de Saúde Pública e o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, formam o Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências em colaboração ao Instituto Joanna Briggs (EEUSP, 2011).

Com vistas a melhor adequar a Revisão Sistemática na compreensão da pesquisa qualitativa, as enfermeiras Margareth Sandelowski e Julie Barroso têm desenvolvido e divulgado pesquisas que compreendem a metassíntese como a interpretação do pesquisador (*synthesist*) sobre as interpretações dos dados primários de estudos qualitativos distintos (LOPES e FRACOLLI, 2008).

No geral, esta abordagem de pesquisa denominada Metassíntese possui seis etapas distintas (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007):

1) identificação do tema e formulação da questão de pesquisa;
2) definição das fontes de buscas de dados;
3) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
4) seleção e tratamento dos dados: identificar repetições;
5) detalhamento dos estudos selecionados: identificação;
6) análise dos dados: avaliação da qualidade dos estudos incluídos e interpretação dos resultados.

4.2 ETAPAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

4.2.1 Definição da Pergunta Norteadora

De acordo com Sandelowski e Barroso (2003), a Revisão Sistemática pode ser utilizada para buscar fundamentos teóricos e

epistemológicos para embasar as tomadas de decisões e a orientação de práticas na saúde.

Nesse sentido, optou-se por organizar o problema de pesquisa utilizando-se a estratégia PICo, sendo "P" para patient/paciente, "I" para phenomenon of interest/fenômeno de interesse e "Co" para context/contexto (JBI, 2011).

Esses componentes são fundamentais tanto para a construção da questão de pesquisa quanto para a construção da estrutura lógica da busca bibliográfica e, consequentemente, das evidências (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2007).

Dessa forma, ajustando o objeto de estudo à estratégia PICo, assim ficou definida a questão norteadora da pesquisa:

Para os profissionais de saúde, qual o papel das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica?

4.2.2 Definição dos descritores e dos locais de busca

A partir da estratégia PICo, foi definida a seguinte estrutura lógica de descritores para a pesquisa:

P – Profissionais de saúde da Atenção Básica (Primary Health Care Professionals);

I – Práticas integrativas/complementares e práticas humanizadoras (Complementary Therapies and Humanization of Assistance);

Co – Atenção Básica (Primary Health Care).

Para delimitar as práticas integrativas e complementares, optou-se por utilizar aquelas apresentadas na PNPIC (BRASIL, 2006), que são plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, termalismo-crenoterapia. Em relação às práticas humanizadoras, utilizou-se como referência o texto do HumanizaSUS, que apresenta as seguintes palavras-chave: acolhimento, autonomia, clínica

ampliada, humanização, integralidade, protagonismo, universalidade e vínculo.

Ainda que a referência para a eleição das palavras-chave tenha sido a partir de políticas de saúde brasileiras, entende-se que elas seguem orientações internacionais de saúde propostas pela OMS para seus países membros, como a incorporação da medicina tradicional e a humanização da assistência na Atenção Primária (OMS, 2002-2005).

Para compreender como as práticas e as palavras-chave poderiam se transformar em descritores, segue o Quadro 3. Foi feita uma primeira aproximação com os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e dos Medical Subject Headings (MeSH) através do National Center for Biotechnology Information (NCBI). Os termos que foram definidos por apenas uma das organizações estão citados entre parênteses.

Quadro 3 Delimitação dos descritores e palavras-chave para a coleta de dados da pesquisa.

Tipo de Práticas	Descritores (PT)	Descriptors (EN)	Descritores (ES)
Integrativas/ complementares	Terapias Complementares	Complementary Therapies	Terapias Complementarias
	Plantas medicinais	Plants, Medicinal	Plantas medicinales
	Fitoterapia	Phytotherapy	Fitoterapia
	Homeopatia	Homeopathy	Homeopatia
	Medicina Tradicional Chinesa	Traditional Chinese Medicine	Medicina China Tradicional
	Terapia por Acupuntura	Acupuncture Therapy	Terapia por Acupuntura
	_____	Antroposophy (MeSH)	_____
	Banhos*	Baths	Baños

Humanizadoras	Acolhimento	User embracement (DeCS)	Acogimiento
	Autonomia Pessoal	Personal Autonomy	Autonomía Personal
	Humanização da Assistência	Humanization of Assistance (DeCS)	Humanización de la Atención
	Saúde Holística	Holistic Health	Salud Holística

* Referente ao Termalismo-Crenoterapia.
Fonte: BVS, 2011; MEsH, 2011.

Sobre as práticas humanizadoras, não foi possível encontrar descritores correspondentes para as palavras-chave igualdade, integralidade, protagonismo, universalidade e vínculo. Por isso, escolheu-se o termo Saúde Holística e suas respectivas traduções, segundo a perspectiva de que os seres humanos e outros organismos funcionam como unidades completas e integradas e não como um agregado de partes separadas (BVS, 2011; MEsH, 2011).

Cada um desses descritores foi utilizado isoladamente na ferramenta de buscas de cada uma das Bases de Dados, adicionado do termo Atenção Básica por meio do conector AND. Após a coleta de dados, os artigos duplicados foram excluídos.

Foi necessário recuperar os artigos das principais bases de dados nas áreas da Saúde e das Ciências Humanas. O Quadro 4 apresenta as Bases de Dados selecionadas para este estudo.

Quadro 4 Descrição das bases de dados para a coleta de dados.

Bases de Dados	**Informações básicas**
AMED*	Base de dados sobre terapias complementares. Controlado pela Plataforma EBSCO. O conteúdo fornecido é produzido pelo Serviço de Informação de Atenção à Saúde da *British Library*. Utiliza palavras-chave em inglês.

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde;	Coordenado pela Bireme. É um portal que agrega diversas fontes de informação e inclui as seguintes Bases de Dados: Ciências da Saúde, LILACS, IBECS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, Cid Saúde, entre outras. Utiliza DeCS e palavras-chave em diferentes idiomas.
PubMed;	É um portal que prove acesso a diversas bases de dados e serviços como o MEDLINE e outros periódicos da área médica. Utiliza termos MeSH.
Web of Science (WoS)	É uma Base de Dados multidisciplinar, produzida pela Thonsom Reuters. Utiliza palavras-chave em inglês.
SCOPUS	Base de dados multidisciplinar com abrangente indexação de revistas latino-americanas. Utiliza palavras-chave em inglês.
DEDALUS SibiNet	Acesso ao banco de dados bibliográficos da USP. Utiliza vocabulário controlado próprio e palavras-chave em diferentes idiomas.
PeriEnf	Criada pela EEUSP. Utiliza palavras-chave em português.
CINAHL	Controlado pela Plataforma EBSCO. Possui terminologia própria e palavras-chave em inglês.
PROQUEST	Dissertações e Teses. Utiliza palavras-chave em inglês.
PsycINFO	Base de dados sobre ciências do comportamento e saúde mental. Utiliza terminologia APA em inglês.
PSICODOC	Base de dados bibliográfica em psicologia. Utiliza palavras-chave em espanhol.
EMBASE	Base de dados biomédica internacional. Controlada pelo grupo Elsevier. Utiliza descritores próprios EMTREE em inglês.

***** Esta base de dados foi incluída durante realização do doutorado sanduíche.

Fonte: Informações disponibilizadas pelas bases de dados em seus respectivos sites (2015).

Para acessar as bases de dados, foi utilizada a *Virtual Private Network* fornecida pela Universidade de São Paulo – VPN/USP – disponível gratuitamente para os acadêmicos. No caso das práticas humanizadoras, não foi possível pesquisar artigos nas bases de dados EMBASE, Perienf e PSICODOC, pois estas não estavam mais disponíveis para a USP no período dessa coleta de dados.

Não foi definido um ano específico como início do limite temporal para coleta, mas buscou-se concentrar a discussão nas produções pós 1970, devido ao incentivo da OMS pela incorporação das práticas

integrativas/complementares nos sistemas públicos de saúde a partir dessa época. Os artigos poderiam ser em espanhol, inglês, italiano, francês ou português.

Os critérios de **Inclusão** foram artigos que abordassem o tipo de prática elegida no campo da Atenção Básica. Os critérios de **Exclusão** foram artigos que não abordassem o tipo de prática elegida, ou seja, o contexto estar fora do campo da Atenção Básica. Excluíram-se teses e dissertações; artigos sobre práticas não contempladas na PNPIC; artigos exclusivamente sobre análises de custos, eficácia ou qualidade das práticas; artigos sobre pacientes ou alunos que usam as práticas; estudos feitos na área hospitalar.

4.2.3 Coleta e sistematização dos dados

O processo de revisão sistemática é artificial e baseado no jugamento dos revisores, porém pode-se preservar a integridade científica e a utilidade das revisões ao realizar essse processo na forma mais transparente possível, dentro dos limites das publicações. Para isso, a coleta e a sistematização dos dados seguiu os procedimentos para otimizar validade e transparência de revisões sistemáticas (SANDELOWSKI & BARROSO, 2007), a saber:

- usar diversos canais de comunicação;
- contatar autores de estudos primários;
- consultar bibliotecários;
- consultar expertos em revisões sistemáticas;
- consultar expertos clínicos;
- realizar busca independente por pelo menos dois revisores;
- realizar sistematização dos dados por pelo menos dois revisores;
- realizar reuniões semanais para discutir e refinar estratégias de busca;
- realizar reuniões semanais para analisar a sistematização e integração dos dados;
- utilizar gerenciador de referências;
- documentar todos os procedimentos, mudanças e consensos

realizados em grupo.

Para organizar os dados, foi utilizado o Endnoteweb®, uma ferramenta disponível *on line*, gratuita, produzida pela Thonson Scientific. Essa ferramenta é um gerenciador de referências bibliográficas que facilita o trabalho de pesquisadores durante o processo de pesquisa do seu trabalho de investigação e permite importar referências bibliográficas de várias bases de dados *on line* para compor uma biblioteca de dados, que pode ser compartilhada com demais pesquisadores, por meio do site www.myendnoteweb.com.

Cada artigo recebeu uma nomeclatura, composta pelo nome do primeiro, segundo e terceiro autor, seguida pelo ano de publicação, por exemplo: Adams2000. Os artigos referentes a uma mesma amostra foram considerados como um único estudo e receberam o mesmo número de identificação. As identificações referentes aos estudos incluídos sobre práticas integrativas/complementares receberam o símbolo E e números entre 1-54, por exemplo, o artigo Adams2000 recebeu a identificação E1. As identificações referentes aos estudos incluídos sobre práticas humanizadoras receberam o símbolo A e números entre 1-30, por exemplo, os artigos SantosAssis2006 e SantosAssisRodrigues2007 receberam a identificação A24.

4.2.4 Análise dos dados

A metassíntese qualitativa é uma síntese interpretativa de dados. Vai além da soma das partes, pois oferece uma nova interpretação dos resultados, que são inferências derivadas dos artigos como um todo (LOPES e FRACOLLI, 2008).

Organizou-se a análise dos resultados por meio de uma versão modificada do Guia de Extração de Dados de Estudos Quantitativos e Qualitativos (Knafl & Sandelowski, 2012). Este Guia orienta como transformar dados brutos ou extratos em achados que podem ser sistematicamente combinados, analisados e divididos em categorias que emergem da própria análise. Este Guia orienta também para a classificação

da qualidade dos estudos, que não serve para excluir estudos, mas para considerar essa informação na análise dos dados.

A modificação feita para este estudo foi revisada e aprovada pelas propositoras do Guia (ANEXO). De acordo com o guia desenvolvido para esta revisão sistemática, após a leitura do artigo, primeiramente eram descritas as informações como autores, afiliações, financiamentos, período de coleta de dados, amostra, local do estudo e método. Depois eram descritas as práticas presentes em cada artigo para então apresentar os achados.

Os achados dos artigos eram descritos de forma que cada um fosse auto-explicativo, sem necessidade de retomar a leitura do texto integral no artigo. Para isso, cada achado apresentava a população estudada, a fonte de informação, o período, alguma comparação caso houvesse, significância estatística e concepções específicas de cada estudo. Para demonstrar esse processo, o Quadro 5 apresenta o exemplo de como um extrato do texto era transformado em achado para depois compor uma categoria.

Quadro 5 Exemplo de extração de dados quantitativos e qualitativos conforme descrito no guia para extração de dados da revisão sistemática sobre concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica.

	Extrato de texto	**Achado**	**Categoria**
Estudo qualitativo	De su experiencia refieren cierta insatisfacción, bien a modo de fracaso especialmente en relación con enfermos crónicos, bien por posible aburrimiento o rutina: *«...la inoperancia de la medicina tradicional que yo vi en los años de práctica que tuve, la dificultad de salir de situaciones crónicas [...] fue algo que a mí me quemaba.» «Cuando hacía medicina tradicional, aparte de todo, me aburría bastante; francamente, con la homeopatía me divierto mucho, va con mi forma de ser y, no solamente eso, sino que, en fin, soluciona.»H2* (Calderon2009, p.3)	4 médicos homeopatas referiram certa insatisfação quanto à sua experiência com a medicina convencional ou alopática, tanto pelo fracasso, especialmente em relação aos enfermos crônicos, quanto por possível aborrecimento com a rotina (E9)	Percepções sobre a relação da medicina convencional com as práticas integrativas/complementares

Estudo quantitativo	75%/360 Dutch GPs strongly agreed that they should have some knowledge about the most important alternative treatments. (Visser1990, p.8)	270 médicos generalistas concordaram fortemente que eles deveriam ter algum conhecimento sobre os tratamentos alternativos mais importantes (E50)	Papel dos profissionais sobre práticas integrativas/ complementares

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Por último, a partir do guia, realizava-se a análise da qualidade dos estudos. A qualidade dos artigos qualitativos e quantitativos considerou quatro itens cada, relacionados à validade dos achados e características da amostra (ANEXO). Quando o artigo apresentou os quatro itens, esse estudo foi considerado Forte; quando faltou um item, esse estudo foi considerado Bom; quando faltaram dois ou mais itens. esse estudo foi considerado Fraco, e quando faltaram informações para classificar o estudo, este foi considerado como *Noisy*.

O cálculo da intensidade de cada artigo (*intensity effect size*) foi feito a partir da divisão de categorias em cada estudo pelo número total de categorias de análise da revisão, de modo a demonstrar a concentração de categorias em cada artigo; o cálculo da frequência das categorias (*frequency effect size)* foi feito a partir da divisão do número de estudos em cada uma pelo número total de estudos incluídos na revisão, de modo a demonstrar o impacto de cada categoria na revisão (SANDELOWSKI, 2007, p.160).

Como preconizado para revisões sistemáticas que visam à metassíntese por integração de resultados de estudos qualitativos e quantitativos (*Mixed research synthesis*) (SANDELOWSKI, 2007), estes tiveram seus achados ‘qualificados’, isto é, converteram-se os achados dos estudos quantitativos para a forma qualitativa a fim de combiná-los, por temas, com os achados dos estudos qualitativos. Em outras palavras, tratou-se os achados quantitativos de maneira temática para compor as categorias empíricas.

Esse procedimento permitiu o agrupamento dos achados de ambos os tipos de estudos em categorias empíricas temáticas para a metassíntese. A

reinterpretação dos achados primários dos artigos incluídos em revisões que agregam estudos primários quantitativos e qualitativos permite a assimilação e agrupamento de ambos tipos de dados nos mesmos grupos de categorização, por meio de análise qualitativa que leva à metassíntese por desenho integrado (*Mixed research synthesis by intergrated design*) (SANDELOWSKI, VOILS & BARROSO, 2006).

A metassíntese propicia uma análise profunda dos conceitos transversalmente nos estudos. Com isso, é possível clarear diferentes dimensões dos conceitos e ampliar o conhecimento (BROOME, 2000).

O desenvolvimento de conceitos, ou concepções, implica a exploração de atributos, antecedentes e consequências. Antecedentes são situações, eventos ou fenômenos que precedem o conceito de interesse. Os atributos são as características do conceito, e as consequências dizem respeito aos eventos resultantes de sua utilização (BOUSSO, 2009).

No presente estudo, as categorias foram integradas por meio das perguntas norteadoras, de modo a eleger antecedentes, atributos e consequências para definir as concepções de saúde e cuidado das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS.

Para a apresentação da metassíntese das concepções de saúde e cuidado, usou-se o mapa conceitual. Desenvolveram-se dois mapas conceituais, um referente à concepção de cuidado e outro em relação à concepção de saúde. Utilizou-se o software CmapLite® para montar os mapas conceituais.

O mapa conceitual tem como objetivo organizar o conhecimento e estruturar a informação por meio de uma representação gráfica. O mapa conceitual é uma estrutura hierárquica que apresenta um conjunto de conceitos inter-relacionados. Os conceitos são apresentados graficamente dentro de retângulos, ou outra figura geométrica, e são unidos uns aos outros por palavras de enlace, que normalmente são verbos, mas podem ser um numeral ou advérbio (NOVAK e GOWIN, 1984; PRADO, 2009).

4.2.5 Aspectos éticos

Visto tratar-se de uma revisão sistemática, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos. Cabe ressaltar que foram seguidos os preceitos éticos contidos na resolução CNS 196/96, que trata da ética de pesquisas científicas, tanto para a análise dos dados quanto para a socialização dos resultados.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados da revisão sistemática foram divididos em duas partes: 1) Práticas integrativas e complementares e 2) Práticas humanizadoras. Cada uma dessas partes apresenta os descritores utilizados, o número total de artigos encontrados, as categorias e os achados em relação às práticas.

5.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

5.1.1 Bases de dados, descritores e seleção dos artigos das práticas integrativas/complementares

As bases de dados pesquisadas, os descritores utilizados e o número de artigos selecionados estão descrito na Tabela 1. A busca foi realizada em Outubro de 2012.

Tabela 1 Bases de dados, descritores, referências e artigos selecionados das práticas integrativas/complementares.

Base de Dados	Descritores	Referências	Selecionados
BVS AND [Atenção Básica]	Terapias Complementares	224	11
	Plantas Medicinais	45	0
	Fitoterapia	61	4
	Homeopatia	70	3
	Medicina Tradicional Chinesa	21	0
	Acupuntura	72	2
	Antroposofia	9	1
	Banhos	4	0
TOTAL			21
PUBMED AND [Primary Health Care] <2012 humans	Complementary therapies	1111	90
	Plants, medicinal	15	0
	Phytotherapy	55	7
	Homeopathy	32	5
	Traditional Chinese Medicine	20	0
	Acupuncture	12	2
	Antroposophy	9	2
	Baths	15	0
TOTAL			106
Web of Science AND [Primary Health Care]	Complementary therapies	10	6
	Plants, medicinal	65	0
	Phytotherapy	10	1
	Homeopathy	10	1
	Traditional Chinese Medicine	7	2
	Acupuncture	16	3
	Antroposophy	1	0
	Baths	3	0
TOTAL			13

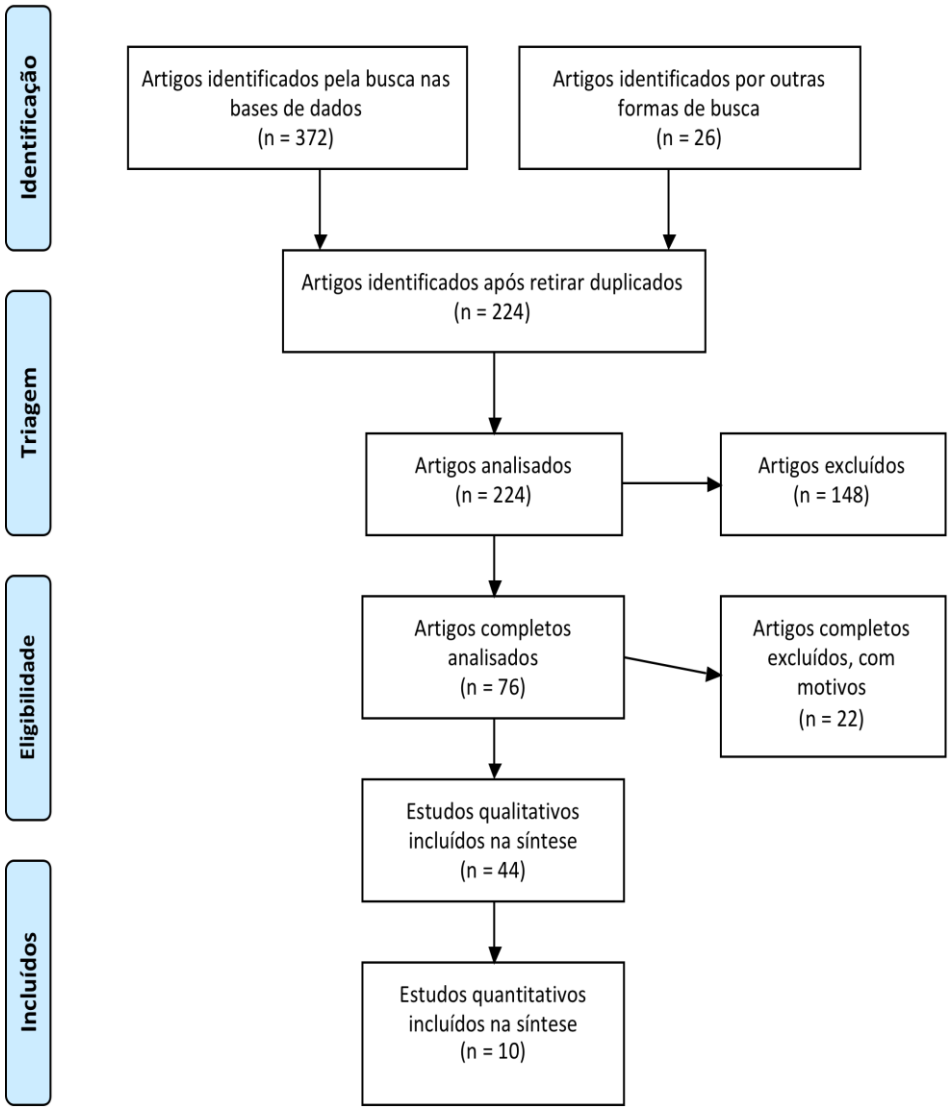
SCOPUS AND [Primary Health Care] <2012	Complementary therapies	247	0
	Plants, medicinal	71	0
	Phytotherapy	127	0
	Homeopathy	98	0
	Traditional Chinese Medicine	29	0
	Acupuncture	183	0
	Antroposophy	0	0
	Baths	21	0
TOTAL			0
DEDALUS AND [Saúde Pública]	Terapias Complementares	4	2
	Plantas Medicinais	13	0
	Fitoterapia	6	1
	Homeopatia	16	4
	Medicina Tradicional Chinesa	25	0
	Acupuntura	12	5
	Antroposofia	4	0
	Banhos	0	0
TOTAL			12
PeriEnf	Terapias Complementares	1	0
	Plantas Medicinais	14	3
	Fitoterapia	17	1
	Homeopatia	8	3
	Medicina Tradicional Chinesa	0	0
	Acupuntura	6	2
	Antroposofia	1	0
	Banhos	9	0
TOTAL			9
CINAHL AND [Primary Health Care] <2012 humans	Complementary therapies	15	4
	Plants, medicinal	18	1
	Phytotherapy	2	0
	Homeopathy	10	3
	Traditional Chinese Medicine	7	0
	Acupuncture	29	4
	Antroposophy	21	1
	Baths	0	0
TOTAL			13
Proquest AND [Primary Health Care]	Complementary therapies	139	7
	Plants, medicinal	22	0
	Phytotherapy	8	0
	Homeopathy	44	1
	Traditional Chinese Medicine	21	2
	Acupuncture	36	1
	Antroposophy	0	0
	Baths	36	0
TOTAL			11
PsycINFO AND [Primary Health Care] <201	Complementary therapies	186	11
	Plants, medicinal	33	0
	Phytotherapy	0	0
	Homeopathy	15	2
	Traditional Chinese Medicine	22	2
	Acupuncture	57	5
	Antroposophy	0	0
	Baths	2	1
TOTAL			21

PsicoDoc Palavras isoladas em espanhol	Terapias Complementarias	7	0
	Plantas Medicinales	6	0
	Fitoterapia	4	0
	Homeopatia	3	0
	Medicina Tradicional China	1	0
	Acupuntura	17	0
	Antroposofia	0	0
	Baños	78	1
TOTAL			1
EMBASE AND [Primary Health Care] <2012 humans	Alternative Medicine	209	44
	Plants, medicinal	89	4
	Phytotherapy	17	2
	Homeopathy	89	5
	Chinese Medicine	27	10
	Acupuncture	209	10
	Antroposophy	0	0
	Baths	1	1
TOTAL			76
AMED (complementary or alternative) AND (medicine or therap*) AND ((primary or ambulatory) AND care)	Complementary therapies	285	52
	Plants, medicinal	24	3
	Phytotherapy	4	1
	Homeopathy	19	6
	Traditional Chinese Medicine	6	4
	Acupuncture	86	22
	Antroposophy	0	0
	Baths	6	1
TOTAL			89
Total de referências selecionadas			372

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Selecionaram-se 54 estudos para a revisão sistemática (Figura 1). Esses estudos foram realizados entre 1986-2011, com 14.762 profissionais nos países Austrália, Brasil, Canadá, Alemanha, Índia, Israel, Itália, México, Holanda, Nova Zelândia, Perak, Qatar, África do Sul, Suíça, Tasmânia, Turquia, Reino Unido e Estados Unidos, publicados em inglês (51), espanhol (1) e português (2).

Figura 1 **Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos sobre práticas integrativas/complementares na revisão sistemática (MOHER et al, 2009).**



Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

5.1.2 Lista dos artigos selecionados sobre práticas integrativas/complementares

Seguem as referências dos artigos selecionados para a revisão sistemática sobre práticas integrativas/complementares (Quadro 6) e as características dos estudos, segundo as informações descritas nos artigos (Quadro 7).

Quadro 6 Identificação dos estudos (ID) incluídos sobre práticas integrativas/complementares, referência dos artigos selecionados e *intesity effect size*

ID	Referência	*Intensity effect size*
E1	Adams J. General practitioners, complementary therapies and evidence-based medicine: the defence of clinical autonomy. Complementary Therapies in Medicine 2000 Dec;8(4):248-52	13% (3/23 categorias)
E2	Al Shaar IAMS, Ismail MFS, Yousuf WAAA, Salama RE. Knowledge, attitudes and practice of general practitioners towards complementary and alternative medicine in Doha, Qatar. Eastern Mediterranean Health Journal EMHJ. 2010,16(5):523-27	56% (13/23)
E3	Anderson E, Anderson P. General practitioners and alternative medicine. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1987, 37:52-55.	43% (10/23)
E4	Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. Patient Education Counseling 2008;70(3):395-402. Ben-Ayre E. The role of Dual-trained Conventional/Complementary Physicians as Mediators of Integration in Primary Care. eCAM 2010; 7(4):487-91.	43% (10/23)
E5	Berman BM, Hartnoll SM, Singh BB, Krishna B.. Homoeopathy and the US primary care physician: Growing interest in a forgotten field? British Homoeopathic Journal. 1997, 86:131-38. Berman BM, Singh BB, Hartnoll SM, Singh BK, Reilly D. Primary Care Physicians and Complementary-Alternative Medicine: Training, Attitudes, and Practice Patterns. J Am Board Fam Pract 1998;11:272-81. Berman BM, Bausell RB, Hartnoll SM, Beckner M, Bareta J. Compliance with Requests for Complementary Alternative Medicine Referrals: a survey of Primary Care Physicians. Int Med 1999;2:11–17	34% (8/23)
E6	Bernstein JH, Shuval JT. Nonconventional Medicine In Israel: Consultation Patterns of the Israeli Population and Attitudes of Primary Care Physicians. Soc. Sci. Med. 1997, 44(9):1341-48.	30% (7/23)
E7	Blumberg DL, Grant WD, Hendricks SR, Kamps CA, Dewan MJ. The physician and unconventional medicine. Altern Ther Health Med. July 1995,1(3):31-5.	13% (3/23)
E8	Brien S, Howells E, Leydon GM, Lewith G. Why GPs refer patients to complementary medicine via the NHS: a qualitative exploration. Primary Health Care Research & Development. July 2008, 9(3):205-215.	30% (7/23)
E9	Calderon C. Homeopathic and Primary Care doctors: how they see each other and how they see their patients. Results of a qualitative investigation. Sociedad Espanhola de Medicina de Familia e	47% (11/23)

	Comunitaria 1998. 21(6) 367-375.	
E10	Cerecero OR, Morales HR, Barrio ITT, Arellano AH, Tortoriello J. Conocimiento sobre fitofármacos en médicos de atención primaria del estado de Morelos. Rev Med IMSS 2005; 43 (4): 281-286.	8% (2/23)
E11	Cohen E, Cambron J, Shiel R. Measuring the development of Integrative Care Communication Patterns and Cross-Disciplinary Knowledge at a University Clinic: a Baseline Cross-Sectional Study. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics (2009):32 (9): 758-764.	8% (2/23)
E12	Cohen MM (Hons.), Pensman S, Pirotta M, Costa C. The Integration of Complementary Therapies in Australian General Practice: Results of a National Survey. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2005,11(6):995–1004.	47% (11/23)
E13	Coulter ID, Singh BB, Riley D, Der-Martirosian C. Interprofessional Referral Patterns in an Integrated Medical System. J Manipulative Physiol Ther 2005;28:170-174.	17% (4/23)
E14	Easthope G, Tranter B, Gill G. General practitioners' attitudes toward complementary therapies. Social Science & Medicine. 2000, 51,1555-1561 Easthope G, Tranter B, Gill G. Normal medical practice of referring patients for complementary therapies among Australian general practitioners. Complementary Therapies in Medicine. 2000, 8, 226–233	39% (9/23)
E15	Ekins-Daukes S, Helms PJ, Taylor MW, Simpson CR, McLay JS. Paediatric homoeopathy in general practice: where, when and why? Br J Clin Pharmacol. 2004, 59(6):743–749.	34% (8/23)
E16	Flannery MA, Love MM, Pearce KA, Luan JJ, Elder WG. Communication about complementary and alternative medicine: perspectives of primary care clinicians. Altern Ther Health Med. Jan-Feb 2006;12(1):56-63.	26% (6/23)
E17	Giannelli M, Cuttini M, Da Frè M, Buiatti E. General practitioners' knowledge and practice of complementary/alternative medicine and its relationship with life-styles: a population-based survey in Italy. BMC Family Practice 2007, 8:30	34% (8/23)
E18	Giveon SM, Liberman N, Klang S, Kahan E. A survey of primary care physicians' perceptions of their patients' use of complementary medicine. Complementary Therapies in Medicine 2003, 11, 254–260	30% (7/23)
E19	Goldszmidt M, Levitt C, Duarte-Franco E, Kaczorowski J. Complementary Health Care Services: A Survey of General Practitioners views. Can Med Assoc J. July 1995; 153 (1): 29-35.	21% (5/23)
E20	Gordon NR, Sobel DS, Tarazona EZ. Use of and Interest in Alternative Therapies Among Adult Primary Care Clinicians and Adult Members in a Large Health Maintenance Organization. WJM, September 1998, 169(3):153-161.	47% (11/23)
E21	Grace S, Higgs J. Integrative Medicine: Enhancing Quality in Primary Health Care. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2010, 16(9): 945–950	30% (7/23)
E22	Hadley C. Complementary medicine and the general practitioner: A survey of general practitioners in the Wellington area. NZ J Med 1988;101:766–768.	39% (9/23)
E23	Hollenberg D. Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. Social Science & Medicine. 2006, 62:731–744.	39% (9/23)
E24	Hsu C, Cherkin DC, Hoffmeyer S, Sherman KJ, Phillips WR Patient and Clinician Openness to Including a Broader Range of Healing Options in Primary Care. Annals of Family Medicine 2011,9(5):447-453.	60% (14/23)
E25	Ismail A, Chan SC. Knowledge and Practice of Complementary	39%

	Medicine Amongst Public Primary Care Clinic Doctors in Kinta District, Perak. Med J Malaysia 2004 March 59(1):4-10	(9/23)
E26	Jeschke E, Ostermann T, Tabali M, Kröz M, Bockelbrink A,Witt CM,Willich SN, Matthes H. Anthroposophic Medicine in Pediatric Primary Care: A Prospective, Multicenter Observational Study on Prescribing Patterns. Altern Ther Health Med. 2011;17(2):18-28. Jeschke E, Ostermann T, Luke C, Tabali M, Kroz M, Bockelbrink A, Witt CM, Willich SN, Matthes H. Remedies Containing Asteraceae Extracts. A Prospective Observational Study of Prescribing Patterns and Adverse Drug Reactions in German Primary Care. Drug Safety 2009, 32(8): 691-706 Jeschke E, Ostermann T, Tabali M, Vollmar HC, Kröz M, Bockelbrink A, Witt CM, Willich SN, Matthes H. Pharmacotherapy of elderly patients in everyday anthroposophic medical practice: a prospective, multicenter observational study. BMC Geriatrics 2010, 10:48 Jeschke E, Ostermann T, Vollmar HC, Tabali M, Schad F, Matthes H. Prescribing patterns in dementia: a multicenter observational study in a German network of CAM physicians. BMC Neurology 2011, 11:99	34% (8/23)
E27	Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. eCAM 2009: 1-8.	39% (9/23)
E28	Joos S, Musselmann B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany – A focus group study of GPs. BMC Health Services Research 2008, 8:127	56% (13/23)
E29	Knipschildj P, Kleljnen J, Ter Riet G. Belief in the Efficacy of Alternative Medicine among General Practitioners In The Netherlands. Soc. Sci. Med. 1990, 31(5):625-626	4% (1/23)
E30	Kumar R, Lorenc A, Robinson N, Blair M. Parents' and primary healthcare practitioners' perspectives on the safety of honey and other traditional paediatric healthcare approaches. Child: care, health and development, 37, 5, 734–743.	26% (6/23)
E31	Lipman L, Dale J, MacPherson H. Attitudes of GPs towards the provision of acupuncture on the NHS. Complementary Therapies in Medicine 2003, 11, 110–114.	47% (11/23)
E32	Luff D, Thomas KJ. Sustaining complementary therapy provision in primary care: lessons from existing services. Complementary Therapies in Medicine 2000, 8, 173–179.	21% (5/23)
E33	Marian F, Widmer M, Herren S, Donges A, Busato A. Physicians'Philosophy of Care: A Comparison of Complementary and Conventional Medicine. Forschende Komplementarmedizin. 2006; 13:70-77.	17% (4/23)
E34	Marshall R, Gee R, Israel M, Neave D, Edwards F, Dumble J, Wong S, Chan C, Patel R, Poon P, Tam G. The use of alternative therapies by Auckland general practitioners. NZ J Med 1990;103:213–215.	34% (8/23)
E35	O'Beirne M, Verhoef M, Paluck E, Herbert C. Complementary therapy use by cancer patients Physicians' perceptions, attitudes, and ideas. Can Fam Physician 2004;50:882-888.	34% (8/23)
E36	Peltzer K, Khoza LB. Attitudes and knowledge of nurse practitioners towards traditional healing, faith healing and complementary medicine in the Northern Province of South Africa. Curationis 2002 May,30-40.	73% (17/23)
E37	Perkin MR, Pearcy RM, Fraser JS. A comparison of the attitudes shown by general practitioners, hospital doctors and medical students towards alternative medicine. Journal of the Royal Society of Medicine 1994 September, 87,523-25.	34% (8/23)
E38	Pirotta MV, Cohen MM, Kotsirilos V, Farish SJ. Complementary therapies: have they become accepted in general practice? Med J Aust 2000; 172 (3): 105-109. Pirotta MV, Farish SJ, Kotsirilos V, Cohen MM. Characteristics of Victorian general practitioners who practise complementary therapies.	43% (10/23)

	Australian Family Physician 2002; 31(12):1133-1138.	
E39	Poynton L, Dowell A, Dew K, Egan T. General practitioners' attitudes toward (and use of) complementary and alternative medicine: a New Zealand nationwide survey. The New Zealand Medical Journal 2006,119(1247)	56% (13/23)
E40	Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 16(1):311-318, 2011	43% (10/23)
E41	Schachter L, Weingarten MA, Kahan EE. Attitudes of Family Physicians to Nonconventional Therapies**:** A Challenge to Science as the Basis of Therapeutics. Arch Fam Mednol 2, Dec 1993: 1268-70.	34% (8/23)
E42	Shelley BM, Sussman AL, Willians RL, Segal AR, Crabtree BF. 'They Don't Ask Me So I Don't Tell Them': Patient-Clinician Communication About Traditional, Complementary, and Alternative. Medicine. Ann Fam Med 2009;7:139-147. Sussman AL, Willians RL, Shelley BM. Can we rapidly identify traditional, complementary and alternative Medicine users in the primary care encounter? A RIOS Net study. Ethnicity & Disease, 2010, 20: 64-70.	21% (5/23)
E43	Singh B, Liu X, Der-Martirosian C, Hardy M, Singh V, Shepard N, Gandhi S, Khorsan R. A national probability survey of American Medical Association gynecologists and primary care physicians concerning menopause. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005, 193, 693–700	17% (4/23)
E44	Stange R, Amhof R, Moebus S. Complementary and Alternative Medicine: Attitudes and Patterns of Use by German Physicians in a National Survey. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2008, 14(10):1255–1261	30% (7/23)
E45	Telles S, Gaur V, Sharma S, Balkrishna A. Attitude of Conventional and CAM Physicians Toward CAM in India. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2011,17(11):1069–73.	39% (9/23)
E46	Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev Saúde Pública 2011;45(2):249-57	43% (10/23)
E47	Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995–2001 Results from a follow-up national survey. Family Practice 2003,20(5):575-577	26% (6/23)
E48	Thomas KJ, Nichol P, Fall M. Access to complementary medicine via general practice. British Journal of General Practice, January 2001,51:25-30.	30% (7/23)
E49	Van Haselen RA, Reiber U, Jakob A, Fisher PAG. Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care worker's perspective. Complementary Therapies in Medicine 2004, 12, 6-12. Fisher P, Van Haselen R, Hardy K, Berkovitz S, Mccarney R. Effectiveness Gaps: A New Concept for Evaluating Health Service and Research Needs Applied to Complementary and Alternative Medicine. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2004, 10(4):627-32.	39% (9/23)
E50	Visser GJ, Peters L. Alternative Medicine and General Practitioners in The Netherlands: Toward Acceptance and Integration. Family Practice 1990, 7(3):227-232.	47% (11/23)
E51	Wharton R, Lewit G. Complementary medicine and the general practitioner. British Medical Journal. 1986,292:1497-1500.	47% (11/23)
E52	White AR, Resch KL, Ernst E. Complementary medicine: use and attitudes among GPs. Fam Pract. 1997Aug;14(4):302-6.	34% (8/23)
E53	Wu J, Lu Z, Hayes M, Donovan D, Lore R. Integration of Acupuncture	17%

	into Family Medicine Teaching Clinics. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2009,15(9):1015–19	(4/23)
E54	Zhang Y, Peck K, Spalding M, Xu T, Ragain M. A study to examine the attitudes, knowledge, and utilization of CAM by primary care professional in West Texas. Complementary Therapies 2010,18:227-232.	34% (8/23)

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Quadro 7 Características dos estudos selecionados sobre práticas integrativas/complementares

ID	Método/Coleta	Profissionais da Atenção Básica	País
E1	Entrevista	25 médicos com treinamento em PIC	Reino Unido
E2	Enquete	119 médicos	Qatar
E3	Questionário	222 médicos generalistas	Inglaterra
E4	Enquete	333 médicos e 241 profissionais de PIC	Israel
E5	Enquete	783 médicos	Estados Unidos
E6	Entrevista	20 médicos	Israel
E7	Enquete	572 médicos	Estados Unidos
E8	Entrevista	10 médicos	Reino Unido
E9	Entrevista e Grupo Focal	4 médicos homeopatas e 9 médicos	Espanha
E10	Entrevista	264 médicos	México
E11	Enquete	10 profissionais/professores de PIC da clínica da universidade	Estados Unidos
E12	Enquete	636 médicos	Austrália
E13	Qualitativo Dados coletados em 1 ano	42 médicos e profissionais de PIC	Estados Unidos
E14	Questionário	290 médicos generalistas	Tasmânia
E15	Questionário	161 médicos e 259 pediatras	Escócia
E16	Enquete	67 médicos e 33 profissionais: enfermeiros, enfermeiras obstetras e assistentes do médico	Estados Unidos
E17	Questionário	1484 médicos	Itália
E18	Questionário	150 médicos	Israel
E19	Questionário	121 médicos	Canadá
E20	Questionário	624 médicos e 157 ginecologista-obstetra e enfermeiros	Estados Unidos
E21	Entrevista, Estudo de caso e Grupo Focal	14 médicos e 15 praticantes de PIC	Austrália
E22	Questionário	166 médicos generalistas	Nova Zelândia
E23	Entrevista e Estudo de caso	13 médicos e 8 praticantes de PIC	Canadá
E24	Grupo Focal	22 médicos, 3 assistentes de médicos, 7 enfermeiros	Estados Unidos
E25	Questionário	34 médicos	Perak
E26	Informações Eletrônicas	38 médicos antroposóficos	Alemanha
E27	Questionário	1027 médicos de família	Alemanha
E28	Grupo Focal	16 médicos generalistas	Alemanha
E29	Enquete	293 médicos	Países Baixos

E30	Entrevistas	30 profissionais de saúde	Reino Unido
E31	Enquete	54 médicos	Reino Unido
E32	Estudos de caso, entrevistas, registros dos serviços	60 médicos e profissionais de PIC	Inglaterra
E33	Questionário	710 médicos com e sem certificação em PIC	Suíça
E34	Questionário	249 médicos generalistas	Nova Zelândia
E35	Grupo Focal	28 médicos de família sem certificação em PIC	Canadá
E36	Questionário	84 enfermeiras	África do Sul
E37	Questionário	87 médicos	Reino Unido
E38	Entrevista	488 médicos	Austrália
E39	Questionário	300 médicos generalistas	Nova Zelândia
E40	Entrevista	27 médicos generalistas	Brasil
E41	Questionário	89 médicos	Israel
E42	Entrevista e Grupo Focal	60 profissionais (médicos, enfermeiros, assistente do médico)	Estados Unidos
E43	Questionário	128 médicos generalistas e 144 ginecologistas	Estados Unidos
E44	Entrevista	516 médicos	Alemanha
E45	Enquete	295 médicos	India
E46	Questionário	177 profissionais (médicos e enfermeiros)	Brasil
E47	Enquete	870 médicos	Inglaterra
E48	Enquete	760 médicos	Inglaterra
E49	Enquete	205 profissionais	Reino Unido
E50	Questionário	360 médicos generalistas	Países Baixos
E51	Questionário	145 médicos generalistas	Reino Unido
E52	Enquete	465 médicos	Reino Unido
E53	Enquete	45 médicos	Estados Unidos
E54	Enquete	69 profissionais sem treinamento em PIC (médicos e enfermeiros)	Estados Unidos

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Em relação à qualidade dos estudos, estes foram classificados em Forte, Bom, Fraco ou *Noisy*, quando havia falta de informações (Tabela 2).

Tabela 2 Qualidade dos estudos incluídos sobre práticas integrativas/complementares.

Qualidade	**ID dos Estudos**	**Frequência**
Forte	E2,E3,E9,E17,E18,E20,E22,E23,E25,E26,E28,E31,E34,E40,E42,E46,E50,E51	33% (18/54 estudos)
Bom	E4, E7,E8,E14,E15,E16,E35,E37,E38,E39,E41,E48,E49	24% (13/54)
Fraco	E1,E5,E11,E12,E13,E19,E24,E27,E29,E30,E36,E43,E45	24% (13/54)
Noisy	E6,E10,E21,E32,E33,E44,E47,E52,E53,E54	19% (10/54)

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

5.1.3 Categorias de análise dos estudos sobre práticas integrativas/complementares

Os resultados brutos dos estudos selecionados foram transformados em dados para análise. Estes foram divididos em categorias que emergiram da própria análise (Quadro 8).

Quadro 8 Descrição das categorias de análise dos estudos sobre práticas integrativas/complementares e *frequency effect size*

Categoria	**Descrição**	***Frequency effect size***
Acesso às PIC na APS	Resultados relacionados com a garantia de acesso de PIC através da APS	11% (6/54 estudos)
Atitudes dos profissionais quanto às PIC	Resultados relacionados com a forma como os profissionais se sentem sobre PIC, razões para gostar/não gostar, as diferenças entre as PICs, níveis de interesse	27% (15/54)
Comunicação sobre PIC com os pacientes	Resultados relacionados com o modo que os profissionais falam sobre PIC com os pacientes, como eles questionam o uso de PIC por pacientes, quem aborda o tema, qual a sensação do profissional para falar sobre PIC com os pacientes, como eles entendem o uso de PIC dos pacientes, percepção dos profissionais de quantos pacientes usam PIC	61% (33/54)
Comunicação sobre PIC com profissionais	Resultados relacionados com o modo que os profissionais conversam com os profissionais de PIC, como é a relação dos profissionais com os profissionais de PIC, como esta relação deve ser, como construir confiança entre os profissionais	24% (13/54)
Concepções de saúde e cuidado nas PIC	Resultados relacionados com concepções de saúde e cuidado, doença, cura e APS	31% (17/54)
Conforto e confiança sobre PIC	Resultados relacionados com conforto/confiança sobre PIC	9% (5/54)

Conhecimento e familiaridade sobre PIC	Resultados relacionados com conhecimento/familiaridade sobre PIC, quanto os profissionais estão familiarizados com PIC	46% (25/54)
Desvantagens das PIC	Resultados relacionados com potenciais riscos e efeitos colaterais de PIC, limitações	29% (16/54)
Eficácia das PIC	Resultados relacionados com eficácia e utilidade de PIC	46% (25/54)
Encaminhamento e recomendação de PIC	Resultados relacionados com percentagens de referência, razões para e as condições mais comuns, como eleger terapias, para quem, como os profissionais se sentem para referir PIC, razões para não referir	68% (37/54)
Evidências sobre as PIC	Resultados relacionados com evidências sobre PIC, como os profissionais procuram evidências de PIC	37% (20/54)
Formação e treinamento em PIC	Resultados relacionados com o treinamento de PIC, interesse para a formação, quais terapias têm taxas mais altas/baixas de interesse, interesse em receber formação complementar, quem deve oferecer, auto- aprendizagem	59% (32/54)
Impacto das PIC no custo da APS	Resultados relacionados com redução/aumento de custos devido à PIC na APS, terapias e condições relacionadas a maior/menor redução de custos	22% (12/54)
Integração de PIC na APS	Resultados relacionados com interesse de integração de PIC na APS, como os profissionais acreditam que estas terapias são/devem ser oferecidos, quem deve oferecer e as principais barreiras para o processo de trabalho, modelo on site X off-site, trabalho em equipe	38% (21/54)
Oferta de PIC pelos profissionais	Resultados relacionados a como os profissionais oferecem PIC em suas práticas, terapias mais comumente oferecidas, razão para oferecer, condições mais comuns	66% (34/54)
Organização das PIC nas APS	Resultados relacionados com a provisão de PIC na APS, financiamento, oferta e orçamento, número de sessões, contratos de praticantes de PIC, políticas nacionais, regulamentação e código de ética	33% (18/54)
Papel dos Profissionais sobre PIC	Resultados relacionados com o papel dos profissionais sobre PIC	11% (6/54)
Percepções sobre a indicação de PIC	Resultados relacionados com doenças e/ou pacientes que os profissionais entendem que as PIC são adequadas e não são adequadas	29% (16/54)
Percepções sobre	Resultados relacionados em como os profissionais	18%

a relação da medicina convencional com as PIC	entendem a medicina convencional e sua relação com as PIC	(10/54)
Pesquisa em PIC	Resultados relacionados em como os profissionais se sentem sobre a pesquisa em PIC, lacunas na pesquisa, padrões de qualidade	7% (4/54)
Segurança em relação às PIC	Resultados relacionados com segurança sobre PIC, como os profissionais se sentem sobre isso, as diferenças entre os profissionais e/ou terapias, se PIC é prejudicial ou uma ameaça	35% (19/54)
Uso pessoal de PIC	Resultados relacionadas com o uso pessoal de PIC, razões para usar, o uso de PIC pela família	20% (11/54)
Vantagens das PIC	Resultados relacionados com os potenciais benefícios de PIC	24% (13/54)

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

5.1.3.1 Acesso às PICs na APS

Em relação à garantia de acesso às PICs na APS, médicos homeopatas têm medo da falta de acesso permanente para a homeopatia (E9); profissionais têm receio de que pacientes não utilizem PICs descobertas de seguro e de difícil acesso (E24) e acreditam que todas as PICs deveriam estar disponíveis para todos (E28). Médicos praticantes ou não de homeopatia não prescrevem tratamentos com PIC pela justificativa de estes serem facilmente disponíveis (E45). O acesso para tratar com PIC na APS na Inglaterra aumentou entre 1995-2001 (E48).

5.1.3.2 Atitudes dos profissionais quanto às PICs

Em relação às atitudes, mais profissionais relataram uma atitude positiva do que negativa em relação às PICs.

Mais de 1.477 profissionais têm atitude positiva, aberta, alto

interesse e/ou são a favor de PIC (E2, E6, E14, E15, E20, E24, E27, E34, E37, E44, E45, E50, E51). Profissionais, 127, relataram estarem satisfeitos com fitoterapia para tratamento da menopausa (E43). Profissionais, 533, têm interesse médio em PIC sozinha ou combinada com medicina ocidental (E20).

Uma atitude positiva em relação à PIC foi relacionada aos seguintes fatores: profissionais mais jovens (E14, E20), de unidades pequenas; experiência pessoal (E14, E35, E50, E51); aval dos pacientes; valorização de uma abordagem holística; PIC não usa medicamentos (E14); ser enfermeira e mulher; pedido ou uso de PIC pelos pacientes (E20); não exclusivamente influenciada pelas evidências, mas por fatores políticos, sociais e econômicos (E27); demanda maior pelos praticantes de PIC (E34); benefício para os pacientes ou familiar; a mídia; a educação de pós-graduação e colegas que praticavam (E51); pouco relacionado com a presença de outros profissionais que praticam PIC; sem relação com local da prática: rural ou urbana, sem diferença de gênero (E14).

Mais de 236 profissionais têm atitude negativa sobre PIC (E6, E27, E34, E37, E45, E51). Esse comportamento está relacionado aos seguintes fatores: profissionais mais velhos; sem crença no poder de cura de PIC e crença nos efeitos colaterais prejudiciais de PIC (E14); falta de efeito observado em pacientes; falta de evidências científicas; conhecimento próprio inadequado; tendência dos terapeutas não médicos de cobrar taxas elevadas e persistir com tratamentos ineficazes e os efeitos nocivos do tratamento (E51).

Profissionais, 198, são céticos em relação à PIC (E34, E44) e 111 têm atitude neutra em relação a ela (E44).

Profissionais, médicos, relataram que atitude de se tornar mais envolvido em terapias complementares foi reconhecida como inevitável (E35).

Médicos, 46, acreditam que PIC é útil, e cinco médicos homeopatas acreditavam que PIC não é útil (E45).

5.1.3.3 Comunicação sobre PIC com pacientes

Resultados demonstraram como os profissionais conversam sobre PIC com seus pacientes e como os profissionais se sentem sobre abordar este tema.

Profissionais, 553, perguntaram sobre uso de PIC para os pacientes (E2, E16, E18, E25, E31, E36, E50, E54). Iniciar discussão sobre uso de uma PIC específica foi relacionada aos seguintes fatores: tendência de perguntar sobre uso de PIC em geral; interesse, conhecimento e satisfação/conforto ao discutir sobre PIC; compreensão de que os pacientes usam PIC (E18, E16); por ter observado benefícios do uso de Fitoterapia (E5) e por fazer encaminhamentos para PIC (E18). Mas não foi relacionado com outras características do profissional, como idade, gênero, tempo de prática, qualificações em PIC (E18) e atitude em relação ao uso de PIC pelo paciente (E16).

Profissionais, 231, defenderam perguntar sobre PIC aos pacientes (E39).

Profissionais, 337, discutiram sobre PIC com seus pacientes (E31, E3, E36).

Profissionais, 105, não perguntaram sobre uso de PIC para os pacientes (E2, E16, E54). Não perguntar foi relacionado com a opinião dos profissionais de que os pacientes não usam PIC (E18, E42) e que essa informação fazia parte do histórico médico (E42).

Profissionais, 735, declararam que os pacientes perguntaram sobre PIC (E3, E5, E12, E16, E37, E54). Profissionais, 654, perceberam que a demanda dos pacientes sobre PIC aumentou (E12, E25, E38) e isso motivou interesse profissional em PIC (E20). Profissionais entendiam que os pacientes buscavam PIC, pois a consideravam como segura, *drug-free*, holística, devido a resultados positivos com familiares no passado, à busca na internet e na mídia, à falta de resultados da medicina convencional (E18, E9, E8, E41), à diferente atitude do médico homeopata para lidar com o paciente (E9) e à crença no poder de cura da fitoterapia (E40).

As motivações dos pacientes na busca pela homeopatia é complexa e

de nenhum modo uni causal, deixando de lado a existência de um determinado perfil de pacientes, ou de necessidades, que, em princípio, estariam mais predispostos para este tipo de tratamento; profissionais relataram conhecimento de que seus pacientes compartilham ambos tipos de terapia – alopática e homeopática (E9).

Profissionais, 241, declararam que menos de 5% dos pacientes perguntavam sobre PIC (E12). Muitos profissionais acreditavam que os pacientes não perguntam sobre PIC (E6), entre os seguintes motivos: medo de rejeição; vergonha e conflito de crenças; experiências pobres de comunicação e de relacionamento profissional-paciente e falta de conhecimento do profissional sobre PIC (E35). Profissionais tendem a perguntar mais sobre efeitos colaterais e pacientes sobre benefícios do uso de PIC (E36).

Sobre a resposta dos profissionais ao pedido de PIC dos pacientes, 551 apoiavam e recomendavam o uso de PIC (E16) especialmente de acupuntura, homeopatia e fitoterapia (E7). Profissionais declararam que era importante referenciar para profissionais de PIC de confiança (E18) e que os pacientes deviam conhecer sobre os ingredientes e a segurança das ervas (E43). Profissionais, 511, declararam dar uma resposta negativa para o pedido de PIC dos pacientes, especialmente nos pedidos de homeopatia e fitoterapia (E16, E5) e que eles não recomendavam PIC somente para atender à solicitação dos pacientes (E50).

Sobre como a comunicação de PIC entre profissionais e pacientes deveria ocorrer, 116 profissionais declararam que os pacientes só querem ser ouvidos sobre PIC (E4), outros declararam que é necessário interesse mútuo e entusiasmo dos pacientes para não resistir aos encaminhamentos de PIC e que a resposta final é do paciente (E8). A oferta de PIC deve ser oferecida como uma opção e a abertura na escolha do tratamento ajuda a construir respeito e vínculo com o paciente (E24). É necessário considerar que às vezes a decisão de usar PIC recai sobre o familiar cuidador (E26). Discutir sobre PIC foi visto pelos profissionais como um importante mecanismo para desenvolver respeito pela sua cultura, autocuidado, autonomia do paciente e para melhorar a relação profissional-paciente (E42).

Para melhorar a comunicação, os profissionais declararam que o ideal é decidir conjuntamente com o paciente sobre o uso de PIC (E44). Para tal, deve-se considerar que todos os pacientes podem estar usando PIC (não existem padrões de usuários, roupa, linguagem ou idade) sendo necessário engajar os pacientes a falar sobre isso (E42), por meio de uma conversa aberta, sem julgamentos (E42), honesta– antes, durante e depois do procedimento de PIC – (E28) e melhor (E35).

Profissionais, 185, declararam ter conhecimento que seus pacientes utilizavam PIC **(**E16, E41), alguns estimaram que em torno de 10-15% dos seus pacientes usam PIC (E18, E43) e 10 profissionais indicaram que nenhum dos seus pacientes usava PIC (E43).

Profissionais, 341, declararam se sentirem confortáveis ou muito confortáveis ao discutir PIC com os pacientes, dezesses se sentiam neutros e 577 desconfortáveis ou muito desconfortáveis **(**E16, E18, E43, E52). Entre as razões do desconforto, profissionais declararam não ser sua responsabilidade falar sobre PIC na Atenção Básica, abordaram as dificuldades pelo conflito de práticas tradicionais e crenças culturais e a necessidade de discutir eficácia, custo e segurança de PIC (E30, E42).

5.1.3.4 Comunicação sobre PIC com profissionais

Resultados demonstraram como os profissionais se comunicam ou devem se comunicar com os profissionais que praticam PIC.

Profissionais destacaram a importância de ter uma boa comunicação com os praticantes de PIC. Entre os fatores que influenciavam a comunicação, profissionais com ou sem formação em PIC destacaram que uma formação em medicina convencional ajudava na confiança e também as boas experiências do passado (E8, E38). Praticantes de PIC tinham dificuldade de compreender termos biomédicos e profissionais em relação aos termos de PIC (E23, E53). Praticantes de PIC, mais que médicos, valorizaram a colaboração profissional-praticante de PIC e profissionais-praticantes de PIC tinham mais experiência em comunicar com o profissional de PIC no tratamento do mesmo paciente (E4).

Profissionais indicaram que normalmente não buscavam informações sobre pacientes em comum com praticantes de PIC, mas tinham interesse em fazer isso, poucos realizavam consultas formais (E11) e outros tinham diálogos informais (E11, E21). Alguns compartilhavam espaços de atendimento, arquivos de pacientes e reuniões de equipe (E21) e outras equipes tinham arquivos e reuniões separados entre profissionais e praticantes de PIC, nesse caso os praticantes de PIC precisavam de autorização do paciente para ver prontuários devido à legislação específica (E23).

Houve profissionais que sugeriram como formas de comunicação com os praticantes de PIC realizar uma carta de recomendação por escrito, mensagem eletrônica ou telefone (E4, E53). Poucos eram os profissionais que olhavam anotações de PIC (ainda que simplificadas) e também praticantes de PIC que olhavam os prontuários, o que dificultava a comunicação de pacientes atendidos em comum (E23, E53). Uma sugestão foi realizar fóruns de profissionais e praticantes de PIC para trocar experiências de práticas e tratamentos dos problemas de saúde presentes na comunidade (E36).

Profissionais, 534, conheciam praticantes de PIC na sua área de cobertura (E19, E51, E52), 177 conheciam acupunturistas e 175 homeopatas (E22, E37), sete mantinham contato regular (E51). Profissionais valorizavam o tempo e os diagnósticos dos praticantes de PIC, mas alguns só recomendavam PIC com diagnósticos claros (E8).

5.1.3.5 Concepções de saúde e cuidado nas PIC

Esta categoria apresenta os resultados sobre concepções dos profissionais quanto a saúde, cuidado, doença, cura e APS, em relação às práticas complementares.

Médicos antroposóficos e generalistas relacionaram PIC à união de terapias complementares, biomedicina e terapias naturais; cuidado e saúde com prevenção de doenças; menos efeitos colaterais; dependente do terapeuta; uso de tecnologias leves e consideração do contexto bio-psico-

social (E26, E28).

Médicos generalistas e profissionais de PIC relacionaram cuidado e saúde em PIC com medicina integrativa; centrada no paciente, eficiente e segura para a APS, embora considerem que tanto as práticas complementares como a medicina convencional não provêm atenção satisfatória (E21).

Médicos e profissionais de PIC relacionaram cuidado e saúde em PIC com consideração das dimensões físico-social-espiritual, sentimentos, harmonia, mente-corpo, holismo, singularidade; necessidade de ter padrões de interações profissionais e empoderar os pacientes (E23, E35). Médicos com e sem certificação em PIC relacionaram cuidado e saúde em PIC com aspectos éticos da assistência, consideração pelo contexto bio-psico-social, relação holística médico-paciente, satisfação do paciente e qualidade de vida (E33).

Médicos e enfermeiros de unidades básicas de saúde relacionaram cuidado em PIC com promoção de saúde, autocuidado, relação médico-paciente, compreensão ampliada de saúde e doença (E40, E46). Profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, relacionaram cuidado e saúde em PIC com crenças e práticas espirituais, intuição e nutrição (E42, E54).

Médicos generalistas relacionaram cuidado em PIC com individualização, singularidade do atendimento, controle; e práticas integrativas com o holístico e diferentes modelos de doença, em oposição às categorias generalizadas de doenças (E1, E3, E51). Médicos generalistas relacionaram cuidado em PIC com corresponsabilização dos pacientes; não as relacionaram com estímulo de poderes terapêuticos naturais do organismo (E50).

Médicos generalistas relacionaram cuidado em PIC com relação médico-paciente, mas não consideraram a visão dessas práticas mais holística do que a medicina convencional (E34, E39). Médicos generalistas com atitudes favoráveis à PIC valorizaram práticas com abordagem holística (E14).

5.1.3.6 Conforto e confiança sobre PIC

Esta categoria demonstra resultados de como os profissionais confiam ou não em PIC e graus de conforto para recomendar ou não PIC.

Em relação à confiança, 91 profissionais relataram que acreditam que a base teórica de PIC é válida; 33 disseram o mesmo em relação à acupuntura; dezesseis, em relação à homeopatia, um, sobre fitoterapia. A crença na validade científica de PIC não foi relacionado com gênero, idade ou treinamento em PIC dos profissionais (E3).

Suporte à PIC foi relacionado com experiência pessoal, familiar ou com paciente, tipo e severidade da doença e uso como complementar ou substituindo medicina convencional (E35).

Profissionais, 22, consideram PIC não ortodoxa (E3); 352 consideram homeopatia uma prática médica não legítima (E5); 72 enfermeiras não têm interesse ou acreditam que PIC não tenha verdadeiro efeito (E36); profissionais com mais de 22 anos de prática foram menos propensos a considerar a legitimidade de PIC (E5).

Profissionais consideram PIC como uma prática legítima. Especificamente, 383 profissionais consideram acupuntura como legítima; 203 consideram legítima a acupressão; 156, a fitoterapia, 140, a homeopatia, 117, a medicina tradicional chinesa e outras práticas (E5).

Em relação à PIC, profissionais variaram sua atitude , entre boa aceitação até considerá-la charlatanismo; total falta de apoio e oferecimento de PIC (E35); 55 enfermeiras acreditavam que tratamento com PIC tem efeito positivo ou negativo (E36).

Profissionais, 79, sentiam-se confortáveis para recomendar erva de São João para tratamento da menopausa; 220 se sentiriam mais confortáveis em discutir ou recomendar remédios à base de plantas para a menopausa se houvesse mais informações a partir de ensaios clínicos e outros estudos (E43).

5.1.3.7 Conhecimento e familiaridade sobre PIC

Resultados demonstram graus de conhecimento e familiaridade dos profissionais em relação às PICs.

Mais de 48 profissionais sem treinamento em PIC consideram fraco ou pouco seu conhecimento sobre PIC dentre as seguintes áreas: 1056 homeopatia, 563 fitoterapia, 533 acupuntura, 284 medicina antroposófica (E2, E5, E10, E22, E31, E37, E38, E46, E50, E51); insuficiente para ser capaz de discutir as práticas de forma inteligente ou para fornecer aconselhamento médico com base científica para os seus pacientes (E42).

Profissionais, 109, não tinham interesse em PIC e 112 não tinham interesse em fitoterapia (E18).

Houve profissionais que, apesar do pouco conhecimento de PIC, não hesitaram em aceitar que estas são valiosas para seus pacientes (E51).

Profissionais, 272, gostariam de saber mais sobre segurança, eficácia, dosagem, eficácia e qualidade de fitoterapia para tratamento da menopausa (E43).

Profissionais relataram se sentirem desconfortáveis em ter que explicar aos pacientes a teoria básica de como acupuntura funciona (E53).

Mais de 284 profissionais sem treinamento em PIC consideram bom ou excelente seu conhecimento sobre PIC, 444 em relação à acupuntura, 85, sobre fitoterapia, 408, em homeopatia (E2, E3, E10, E11, E22, E37, E39, E46, E50, E51). Este fator foi relacionado com trabalhar sozinho (E3).

Onze profissionais não reconhecem PIC como profissão (E3), 40 têm pouca familiaridade com homeopatia, 33, com acupuntura, 31, com fitoterapia – especialmente com Kava, Matricária e Valeriana (E54).

Profissionais, 282, têm desejo de compreender homeopatia (E4), 29 sentem que entendem homeopatia, 36 conhecem acupuntura, 37, fitoterapia (Erva de São João, Echinacea, Gingko Biloba), mas não se sentem confortáveis para aconselhar seus usos (E54).

Profissionais relataram que o conhecimento de PIC influenciou decisões de encaminhamento, mais conhecimento, mais encaminhamentos, mas a falta de conhecimento não os impediu, pois aqueles que têm menos

conhecimento encaminham menos e como última opção de tratamento (E8, E17, E40).

Profissionais, 211, consideram não haver diferenças entre fitofármacos e plantas medicinais; 79 identificam semelhanças entre fitofármacos e medicamentos; 70 conhecem um fitofármaco e 40 conhecem dois; doze que mencionaram um fitofarmacêutico não sabiam a sua indicação de uso, 42 sabem o nome e a posologia dos fitofármacos (E10).

Profissionais não se envolvem no uso de PIC do seus pacientes por achar que PIC não apresenta riscos (E17).

Profissionais que trabalham em um centro de saúde com PIC não entendem completamente o paradigma teórico de medicina tradicional chinesa; profissionais de PIC estabeleceram seus próprios limites de exclusão e limites profissionais através da construção de seu próprio conhecimento esotérico e especialista (E23).

Profissionais falaram sobre a necessidade de estarem bem informados sobre as opções de cura introduzidas e serem capazes de fornecer uma descrição clara do que esperar quando receber o tratamento de PIC (ou seja, possível desconforto, ajuste do tratamento, disponibilidade) (E24).

Seis profissionais sabiam que havia uma diferença entre agulhamento seco (acupuntura ocidental) e acupuntura tradicional chinesa (E31).

Médicos definiram fitoterapia corretamente, porém esse conhecimento não parece ter vinculação com a academia, parece ter suas raízes na cultura e, portanto, nas vivências e no cotidiano dos profissionais; estes não foram estimulados à fitoterapia na formação técnica, mas ressaltaram que, no exercício da profissão, deparam-se com essa prática através da demanda dos próprios pacientes. Estes identificaram as fontes informais de informação (leituras de material não técnico, televisão, contato com outras pessoas, conhecimento geral) como predominantes no movimento em busca de informações que supram as necessidades com que se defrontam no cotidiano de trabalho na APS. Profissionais reconheceram sua falta de conhecimento sobre a utilização de PIC e, mais ainda, do

sistema de interpretação dos sinais e dos sintomas utilizados popularmente (E40).

Profissionais conheciam mais sobre acupuntura e homeopatia e menos sobre fitoterapia, medicina antroposófica e tradicional chinesa (E46).

Profissionais, 198, têm um ou mais praticantes de PIC (a maioria deles médicos) entre seus amigos e conhecidos (E50).

Profissionais, 47, concordam que eles devem ter conhecimento sobre os tratamentos de PIC mais proeminentes (E54).

Profissionais, 37, acreditam que os tratamentos de PIC têm verdadeiro impacto no tratamento dos sintomas condições e/ou doença, 41 acreditam com cautela (E54).

Profissionais, 29, acreditam que o conhecimento de um provedor de PIC tem impacto sobre os resultados clínicos de seus pacientes (E54).

5.1.3.8 Desvantagens das PIC

Resultados demonstram desvantagens de uso de PIC, como potenciais riscos e efeitos colaterais.

Profissionais, 34, sem treinamento em PIC acreditam que PIC não é benéfica para profissionais e pacientes; 156 homeopatia oferecida por não médicos; pacientes com câncer (E2, E5, E36, E54).

Profissionais, 402, relataram 1.548 eventos adversos de PIC em um período de quatro semanas, uma média de uma terapia complementar evento adverso por semana (um em cada 125 consultas) (E12).

Mais de 707 Profissionais associam as desvantagens de PIC com (baixa) taxa de cura; efeitos colaterais; falta de treinamento e educação; falta de eficácia; dificuldade em utilizar; tempo de consulta prolongados; potencial desenvolvimento de dependência dos pais em relação ao profissional; interações de fitoterapia com medicamentos e dúvidas sobre preparação dos fitoterápicos e ingredientes utilizados; combinação de PIC com medicina convencional, disfunção/falência hepática decorrente de fitoterapia; exacerbação de eczema e cataratas decorrente de cremes da MTC; efeitos laxantes do chá preto; contra-indicações relacionadas com

paciente, doença e método; relutância e conformidade dos pacientes e dos médicos; lacunas no conhecimento e experiência (E12, E15, E17, E24, E27, E30, E33, E36).

Não houve diferença significativa entre a tendência dos médicos a questionar seus pacientes sobre o uso de medicina complementar e a crença de que os remédios à base de plantas produzem ou não efeitos colaterais ou interagem com medicamentos prescritos (E18).

Médicos antroposóficos, 38, durante um período de dois anos, detectaram reações adversas apenas para Echinacea spp., Calendula officinalis, Matricaria recutita, Artemísia abrotanum, Arnica montana, Silybum marianum, Taraxacum officinale, Solidago virgaurea e preparações homeopáticas contendo Asteraceae; estas foram classificadas como incomuns e associadas com sintomas de tecidos cutâneos e subcutâneas (E26).

Profissionais, 176, relataram efeitos adversos de PIC: 78 relatos de pacientes que estavam pior depois, dezessete relatórios sobre atraso na obtenção de cuidados da medicina ortodoxa ou obstrução de tratamento médico, dois relatórios sobre 'a toxicidade do fígado', onze relatórios sobre os efeitos psicológicos (a maioria era de desilusão grave depois de não conseguir experimentar os benefícios prometidos), quatorze pacientes que se referem à 'desperdício de dinheiro' (E52).

5.1.3.9 Eficácia das PIC

Resultados demonstraram como os profissionais percebem a eficácia de PIC, associações e razões foram citadas, com diferença entre as PIC.

Em relação a essa categoria, encontrou-se associação positiva entre profissionais que usam ou prescrevem PIC e maior certeza de sua eficácia (E4, E15, E16, E34) e de sua segurança (E4, E15), mais comum entre mulheres (E19, E44, E52), idade menor que 50 anos (E44, E52) e mais comum entre enfermeiras que médicos (E49).

Profissionais, 553, consideraram PIC não científica, sem utilidade ou eficácia (E3, E17, E22, E24, E34, E36) e 12, como charlatanismo (E41).

Profissionais, 83, relataram que a eficácia em PIC serve para embasar referências entre profissionais (E4).

Profissionais, 134, relataram que eficácia depende da indicação de tratamento para PIC e da relação profissional-paciente (E12, E38).

Profissionais, 1.486, consideraram acupuntura eficiente, positiva e útil (E12, E14, E16, E19, E22, E25, E31, E38, E44, E51, E52, E34); 146 profissionais consideraram-na eficiente para o tratamento de dor crônica, 73 para asma e para parar de fumar (E29).

Onze profissionais consideraram acupuntura não útil (E25, E31).

Profissionais, 272, consideraram medicina tradicional chinesa eficiente (E12).

Profissionais, 250, consideraram fitoterapia eficiente e útil (E12, E25, E51, E52, E34). 29 Profissionais consideraram a eficácia do óleo de prímula (para a síndrome pré-menstrual, eczema atópico), alho (para a doença cardiovascular) e ginseng (em casos de diminuição da vitalidade) (E29).

Profissionais, 457, consideraram fitoterapia não eficiente e raramente útil (E12, E25, E38).

Profissionais, 345, acreditam na utilidade da homeopatia (E44, E25, E34, E51, E52). Profissionais,243, consideraram que a homeopatia tem menos efeitos colaterais e é útil em casos em que a medicina convencional falha (E15); 131 consideraram-na eficiente para o tratamento de infecções do trato respiratório superior ou febre do feno; 87, para problemas articulares crônicos (E29) e nove recomendam-na para patologias 'leves' ou psicossomáticas (E9).

Dez profissionais consideraram homeopatia não útil (E25) e raramente eficiente (E38).

Profissionais, 166 consideraram a eficácia da medicina antoposófica (E29, E44).

Profissionais, 134, consideraram a eficácia do uso da terapia de banhos quentes (*Kurort*) para tratar pacientes reumáticos (E29).

Profissionais, 196, consideraram PIC útil e benéfica para o tratamento de sintomas e doenças (E25, E29, E41, E34, E36). Profissionais,

23, consideraram PIC complementar à medicina ortodoxa (E34).

Profissionais citaram 57 áreas clínicas com problemas em termos de disponibilidade de tratamento eficaz, e as mais frequentes foram os problemas reumatológicos e músculo-esqueléticas, incluindo osteoartrite, artrite inflamatória, dor nas costas e síndromes de tecidos moles; depressão foi a segunda área clínica mais citada. Outras áreas eram eczema, dor crônica (excluindo dor nas costas), síndrome do intestino irritável, dor de cabeça e rinite (E49).

Profissionais acreditavam na relação custo-eficácia da prestação de terapia complementar na atenção primária com base na prática, mas não fundamentada por pesquisas (E32).

Profissionais, 22, mencionaram 130 razões para a eficácia inferior de tratamentos de PIC disponíveis: falta de eficácia, efeitos adversos, não aceitação de tratamento pelos pacientes e baixa adesão também foram importantes (e podem ser ligadas). Interações de tratamento e fatores econômicos foram relativamente sem importância (E49).

Profissionais pareceram ser influenciados positivamente por informação não científica, como o efeito observado em um ou dois de seus pacientes e da experiência pessoal ou familiar de benefício de PIC (E51).

Profissionais classificaram os fatores que tiveram maior impacto ao convencê-los da eficácia de PIC, nessa ordem: resultados de ensaios clínicos randomizados controlados, provas que demonstram mecanismo fisiológico de uma modalidade de PIC, recomendações de colegas respeitados que tinha usado a terapia em si mesmos, ambas as experiências positivas pessoais e clínicas em sua população de pacientes, estudos de caso-controle retrospectivos relatados em revistas médicas normais, recomendação de um médico especialista ou consultor para quem que eles indicaram um paciente, estudos de caso relatados em revistas convencionais médicas, as recomendações da família e amigos que já experimentaram o tratamento e relatos de casos em revistas de PIC (E54).

5.1.3.10 Encaminhamento e recomendação de PIC

Resultados demonstraram que mais profissionais referiam para PIC do que aqueles que não referiam. Profissionais, 1.003, não referiam para PIC (E15, E25, E13, E17, E25, E51).

Profissionais, 2.609, referiam para PIC sempre ou às vezes (E2, E3, E6, E17, E20, E34, E37, E38, E39, E48, E49, E50, E52, E54). Profissionais, 253, recomendam PIC (E52, E38, E39).

Profissionais, 2.804, referiam para acupuntura sempre ou às vezes (E3, E12, E14, E16, E17, E19, E22, E34, E37, E38, E39, E46, E48, E49, E51, E52), dois para eletroacupuntura (E34). Profissionais, 125, recomendam acupuntura (E52, E53).

Profissionais, 996, referiam para homeopatia sempre ou às vezes (E3, E5, E12, E17, E25, E22, E34, E37, E38, E39, E46, E48, E49, E51, E52). Profissionais, 62, recomendam homeopatia (E52).

Profissionais, 584, referiam para fitoterapia sempre ou às vezes (E3, E12, E17, E25, E34, E38, E39, E46, E48, E51, E52). Quinze profissionais recomendam fitoterapia (E52).

Profissionais, 102, referiam para medicina tradicional chinesa sempre ou às vezes (E12, E13, E39), dezesseis para reflexologia (E49, E52). Treze profissionais recomendam para medicina tradicional chinesa (E52).

Médicos e enfermeiros, 156, encaminharam/recomendaram poucos pacientes para tratamentos não oferecidos pela rede municipal e menos conhecidos pelos profissionais, como medicina antroposófica e medicina tradicional chinesa (E46).

Alguns estudos indicaram alguns fatores que influenciam positivamente a prática dos profissionais de referenciar para PIC: treinamento prévio (E2); conhecimento prático de PIC (E3, E22, E50), ter menos que 54 anos e ser mulher (E34, E17); conhecimento do profissional de PIC (E13, E22); trabalhar em cidades maiores (> 50.000 habitantes); ter menos de 39 anos relacionado com encaminhamento para profissionais não médicos (E51); mais médicos com 10-21 anos de prática referiam para homeopatia (E5). Outros estudos não observaram relação de gênero, idade,

número de parceiros ou profissão (E3, E52, E16, E19); um estudo ficou em dúvida dessas relações (E50).

Médicos, 505, relatariam significativamente mais o cumprimento de pedidos para acupuntura, acupressão, medicina tradicional chinesa, medicina homeopática e fitoterapia se tivessem observado pessoalmente benefícios desses tratamentos, se consideravam essas práticas como legítimas da medicina convencional e se tivessem recebido treinamento (E5).

Profissionais que consideravam terapias complementares (acupuntura) altamente eficaz eram mais propensos a incentivar ativamente ou encaminhar os pacientes a essas terapias (E12). Profissionais que usavam PIC em si mesmos eram mais propensos a recomendar PIC para os pacientes (E16).

Médicos que trabalham no mesmo ambiente com acupunturistas tinham referido pelo menos um paciente para as clínicas de acupuntura colaborativos. Isto pode ser devido à conveniência de se referir um paciente dentro da própria clínica, ou porque os médicos têm uma melhor compreensão de acupuntura, trabalhando no mesmo lugar (E53).

Profissionais, 127, relataram que só referem a terapias complementares oferecidos por profissionais com formação médica; 477 profissionais relataram que referem a terapias complementares oferecidos por médicos e não médicos (E12). Profissionaism 445, encaminharam pacientes para médicos que praticam serviços de PIC (E19, E22, E34, E14). Profissionais, 503, encaminharam pacientes para praticantes de PIC não médicos (E19, E22, E36, E49, E14, E51). Na maioria das vezes, profissionais encaminharam pacientes para médicos e não médicos que praticam acupuntura (E19).

Profissionais citaram razões mais comuns contra a referência de PIC, as quais foram falta de provas, falta de regulação, custo financeiro, preocupações sobre a exploração de pacientes vulneráveis e de risco de efeitos adversos ou danos, falta de disponibilidade de referência no sistema de saúde, falta de familiaridade com os métodos (E39, E20, E31).

As principais razões citadas para recomendar PIC foram pedido dos

pacientes; falha no tratamento convencional; falta de evidências; convicção de que funciona; crença de que PIC não pode prejudicar; indisponibilidade de nenhum tratamento convencional; sugestão dos colegas; custo do tratamento convencional; confiança no profissional de PIC; experiência do profissional com PIC (E50, E49, E53, E39, E34).

Médicos, 82, convencionalmente treinados e 213 médicos de PIC tinham a mesma probabilidade para prescrever tratamentos de PIC para seus pacientes. As razões para a prescrição de tratamentos de PIC foram 1) a ideia de que os tratamentos CAM tratam a causa da doença, e 2) uma crença no tratamento (E45).

5.1.3.11 Evidências sobre as PICs

Resultados demonstraram evidências sobre PIC e como os profissionais procuram evidências de PIC.

Mais de 707 profissionais foram da opinião que falta evidência e há necessidade de mais pesquisas para usar PIC (E2, E8, E20, E32, E35, E39, E41, E42, E44, E54, E46, E12), em homeopatia (E32) e fitoterapia (E40, E54).

Profissionais, 631, relacionaram as PICs ao efeito placebo (E2, E46, E12, E38, E39, E44, E50) ou massagem psicológica (E22), e essa opinião foi relacionada com profissionais que não prescreviam nem utilizavam PIC (E15, E44, E50).

Mais de 135 profissionais foram da opinião de que já existe evidência suficiente sobre PICs (E2, E9, E24, E8, E28, E30, E41), em acupuntura e homeopatia (E32).

Profissionais destacaram que a evidência serve para embasar a cobertura (E28) e o financiamento (E32) de PIC nos sistemas de saúde e para estabelecer relações de colaboração entre ambos tipos de assistência (E9).

Um profissional citou que estudos sobre medicamentos alopáticos são os mesmos para os medicamentos fitoterápicos (E40).

Quatro profissionais com formação em PIC citaram a Medicina

Baseada em Evidências como uma abordagem que tem um papel a desempenhar em dirigir a tomada de decisão clínica e deve estar associado com a experiência clínica; 21 profissionais com formação em PIC entendiam a medicina baseada em evidências como uma ameaça mais direta de sua experiência clínica (descrita como artística, intuitiva e idiossincrático); como uma abordagem restritiva à prática médica, como fundamentalmente contrário à necessidade de liberdade clínica - o que inclui a escolha de praticar PIC sempre que adequado (E1).

Nove médicos homeopatas destacaram que ainda falta realizar ensaios clínicos em homeopatia (E9).

Profissionais relataram falha na divulgação dos estudos com fitoterápicos entre a classe médica (E40, E25) e referem a possibilidade de que os estudos que comprovem a eficácia científica da fitoterapia sejam realizados, porém eles não têm acesso ou estímulo para buscá- los (E40).

Profissionais valorizaram como evidência de PIC a prática profissional, seguida de recomendação de especialista e estudos de caso em revistas científicas de PIC (E36).

Profissionais defenderam pesquisas de PIC sobre eficácia clínica, satisfação de paciente, avaliação de serviços e custo-eficácia (E32).

Profissionais, 299, citaram a mídia como forma de despertar interesse para uso de PIC e 325 citaram revistas científicas (E20).

Profissionais indicaram que a medicina integrativa apresenta estratégias para superar dúvidas de eficácia de PIC e de capacidade de profissionais de PIC (E21).

Profissionais indicaram que as lacunas no conhecimento de medicina complementar não são diferentes das lacunas no conhecimento para a medicina convencional (E8).

Profissionais com formação em PIC adotaram uma postura um pouco linha dura contra a medicina baseada em evidências, sugerindo que a integração de PIC concomitante a ser médico é diametralmente oposta aos princípios de uma abordagem baseada em evidências (E1).

Profissionais, 104, desencorajaram o uso de tratamentos sem comprovação científica (E2, E28).

Profissionais afirmaram que praticavam a medicina baseada em evidências em suas clínicas todos os dias, ao aceitar evidências baseadas em experiência como sendo igualmente legítimas como evidência biomédica (E21).

Profissionais acreditam que PIC deve ser implementada com base em evidências, considerando as demandas de pacientes individuais, valores e origem socioeconômica, bem como a experiência do médico individual (E28).

A maior área de desacordo entre muitos médicos e profissionais complementares estava sobre a utilidade dos ensaios clínicos padronizados. O desacordo centrava em saber se é possível a realização de ensaios randomizados de tratamentos de PIC e em diferentes crenças sobre a medida que representa o "padrão ouro" ou prova mais desejável de valor terapêutico de PIC. Médicos treinados na medicina convencional tendem a apoiar tais ensaios mais facilmente do que os profissionais complementares (E32).

5.1.3.12 Formação e treinamento em PIC

Profissionais, 854, declararam interesse em fazer cursos, aulas ou workshop sobre PIC ou aprender mais sobre mecanismos de ação, segurança, efeitos colaterais e para orientar pacientes sobre PIC (E2, E3, E5, E16, E22, E39, E41, E46, E49, E51), especificamente 664 em acupuntura (E3, E12, E19, E39, E22, E38, E41, E51), 147 medicina tradicional chinesa (E12), 580 homeopatia (E3, E5, E12, E22, E38, E51), 352 fitoterapia (E3, E12, E38, E39, E51) e 3 antroposofia (E22)

Profissionais, 854, tinham recebido treinamento ou certificado de PIC (E3, E16, E17, E18, E41, E22, E34, E39, E33, E50), especificamente 269 em acupuntura (E5, E17, E19, E22, E39, E28, E51, E31), 278 em homeopatia (E5, E15, E17, E22, E39, E28, E51), 128 em fitoterapia (E5, E17, E51), 44 em a ntroposofia (E22, E26) e um em termalismo-crenoterapia (E28)

Profissionais, 806, tinham recebido aulas, workshops ou realizado autoaprendizado de PIC (E3, E16, E36, E51), 313 especificamente em

acupuntura (E3, E12, E38, E39), 24 em medicina tradicional chinesa (E12), 109 em homeopatia (E3, E12, E38, E39) e 179 em fitoterapia (E3, E12, E38, E39).

Profissionais, 1.403, não tinham recebido treinamento de PIC (E2, E17). Profissionais, 458, não têm interesse em receber treinamento em PIC (E5, E46). Profissionais, 115, não tinham recebido informação sobre fitoterapia e 47 tinham recebido informação sobre fitofarmacêuticos de empresas farmacêuticas (E10).

Foi identificada relação significativa entre receber prévia instrução sobre PIC e prática de encaminhamento de pacientes para PIC (E2, E17); mais profissionais abaixo de 45 anos que trabalhavam com menos parceiros tinham recebido treinamento de PIC (E3); mais médicos de família do que pediatras tinham treinamento em PIC (E5); mais profissionais com treinamento em acupuntura consideravam essa técnica altamente eficiente em comparação com profissionais sem treinamento (E12); número de profissionais com interesse de cursos em PIC diminui entre 1988-2006 possivelmente pelo acesso a cursos (E39); mais médicos do sexo feminino tiveram interesse por treinamento em PIC (E19); o gênero não foi importante, mas interesse por treinamento em PIC diminui em profissionais com mais de 50 anos (E22).

Profissionais, 42, relacionaram PIC com “não ensinado nos cursos de medicina” (E3).

Houve profissionais que conheciam o curso de homeopatia (E5).

Profissionais relataram tipos desejados de treinamento em PIC: residência, escolas de medicina, educação continuada (E5), formatos que foquem a prática baseada em evidência em pequenos grupos de estudo independentes (E28), cursos de especialização (E46). Profissionais estavam insatisfeitos com a qualidade e o formato de cursos de PIC, predominantemente muito caros, com conteúdo e apresentação pobres e falta de estrutura, lembrando eventos de marketing (E28).

Profissionais consideraram importante educação continuada paralela para medicina convencional e PIC (E28, E44).

Profissionais, 2.298, consideraram importante ou defenderam a

presença de aulas de PIC na graduação em saúde (E38, E27, E37, E12, E14, E39, E41, E46), mais como disciplina obrigatória do que optativa (E46). Profissionais, 93, tiveram contato com PIC nos cursos de graduação (E25, E40, E50). Mais praticantes de PIC defenderam ensino de PIC na graduação (E38).

Profissionais, 128, com treinamento em PIC, a utilizam na prática (E16, E17). Profissionais, 105, utilizavam PIC sem ter realizado treinamento específico (E33), 36 em homeopatia (E17), 31em acupuntura (E17, E22) e 69 em fitoterapia (E17). Nem todos os profissionais praticavam PIC após treinamento específico (E22, E38).

Profissionais citaram a falta de tempo como uma barreira para treinamento em PIC (E15, E22).

5.1.3.13 Impacto das PICs no custo da APS

Em relação a esta categoria, encontraram-se locais onde o uso de PIC na APS é cobrado (E12, E14, E24, E23, E28), situação que, na opinião dos profissionais, coloca este serviço como um adicional "deluxe" à biomedicina, atrasa a busca desse serviço e a interrupção do tratamento por aqueles pacientes com dificuldade para pagar (E28). Profissionais relataram que o baixo custo não é motivo para prescrever PIC (E45).

Em outros locais, após implantar o pagamento de PIC na APS, médicos identificaram que pacientes pararam o tratamento por um tempo, mas depois retomaram; a cobrança teve um impacto positivo sobre as expectativas dos pacientes quanto aos benefícios do tratamento com PIC; a mudança da remuneração da consulta para refletir o tempo de atendimento foi essencial para a prática de PIC, mas não existe valor suficiente para compensar o tempo usado para ouvir e conversar com os pacientes (E28).

Para os profissionais, o uso de PIC na APS representa menor custo diretamente (E28, E31, E40) e também indiretamente, ao promover empoderamento dos usuários (E28). Enfermeiras estão mais convencidas dessa economia do que médicos (E49).

Houve profissionais que relataram que o argumento de diminuição

de custos é baseado na prática e não em pesquisa e não foi suficiente para apoiar a oferta de acupuntura pelo Sistema Nacional de Saúde (E31). Houve profissionais que relataram que a oferta de PIC pode gerar aumento de custos (E49).

Profissionais relataram que as práticas com melhor potencial para baixar custos são acupuntura e homeopatia, a fitoterapia é neutra. As doenças que podem ter redução no custo do tratamento são as caracterizadas por dor ou de pele, condições alérgicas e a síndrome da fadiga crônica. Tratamentos que podem aumentar os custos são para doenças degenerativas, demência, doenças respiratórias, dependência química e problemas comportamentais (E49).

5.1.3.14 Integração de PIC na APS

Em relação à opinião dos profissionais sobre integração de PIC na APS, 877 concordaram que a incorporação traz benefícios na satisfação e atração dos pacientes ao aumentar as possibilidades de tratamento (E28, E2, E41, E46, E36, E54), e essa opinião teve relação com o interesse e a confiança em PIC (E41) e por ser enfermeiro (E46). Profissionais, 180, não apoiaram a integração (E54, E41, E36, E49). Profissionais, 200, estavam preocupados com a integração de PIC sem evidência científica (E20, E39, E12, E31, E28).

A prática de PIC por profissionais de PIC foi reconhecida por 398 profissionais (E39, E31, E4); 499 reconheceram a prática de PIC por médicos com treinamento em PIC (E31, E39, E27, E4) e 371 por profissionais com registro, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, e com treinamento em PIC, especialmente acupuntura (E31, E50). Médicos defenderam médicos oferecendo PIC e profissionais de PIC defenderam seu papel na APS (E4). Acupuntura oferecida por médicos foi mais aprovada pelos pares do que homeopatia (E12).

Os profissionais aprovaram a formação básica em medicina para profissionais de PIC (E39, E6) e formação extra em PIC para os profissionais de saúde (E49, E6, E27).

Médicos com ou sem formação em PIC e praticantes de PIC apoiaram grupos de trabalho coordenados por um médico (E4, E21); não médicos e profissionais de PIC não médicos defenderam gupos de trabalho codirigidos entre profissionais de PIC e médicos (E4).

Profissionais, 90, apoiam a prática de PIC nos níveis primário e secundário (E46), outros 125 apoiaram somente o nível primário e 182, somente o nível secundário (E4, E49); 73 apoiaram a prática privada de PIC (E31, E25). Nenhum modelo ideal de integração foi apresentado, vantagens do modelo de um profissional de PIC na APS (*on-site* ou *in-house*) incluíram acesso, troca de informações, comunicação e educação, continuidade de cuidado e referência, e dificuldades incluíram comunicação e trabalho em equipe, limite de práticas e restrição do número de sessões; o modelo de referência para um serviço especializado (*off-site* ou *out-house*) tem como vantagem maior flexibilidade, mas a contrarreferência depende da vontade dos profissionais e do apoio financeiro; modelo on-site permite maior controle aos médicos, e off-site, maior controle aos profissionais de PIC (E32). Os profissionais defenderam os dois modelos: 83 profissionais on-site e 92 off-site; 170 defenderam a prática de PIC em formato de número de sessões em vez de ter um profissional de PIC disponível constantemente (E49).

Barreiras para incorporar PIC na APS foram falta de tempo (E22), falta de conhecimento sobre PIC ou sobre os profissionais de referência (E24). Profissionais de PIC trabalham na APS ou em centros de referência em algum tipo de contrato meio-período ou pelo número de sessões, pontos-chave dos contratos com os sistemas de saúde são o reconhecimento de sua capacidade clínica, autonomia e habilidade de oferecer um serviço similar à sua prática privada (E32).

5.1.3.15 Oferta de PIC

Em relação a esta categoria, profissionais com formação em PIC descreveram sua prática como artística, intuitiva e idiossincrática, ou seja, uma boa prática, um fator essencial para oferecer PIC (E1).

Quanto à oferta de PIC, 1.843 profissionais praticavam uma ou mais formas de medicina alternativa, regular ou ocasionalmente, 391 como atividade adicional e 68 como principal (E3, E4, E7, E12, E17, E18, E22, E27, E28, E34, E37, E38, E39, E41, E44).

Profissionais, 380, praticavam medicina alternativa e convencional (E33).

Mais de 757 profissionais praticavam acupuntura (E3, E7, E12, E17, E22, E27, E34, E37, E38, E39, E51, E52) e eletroacupuntura (E12).

Seis profissionais praticavam medicina tradicional chinesa (E12), um praticava moxibustão (E34), 141 praticavam ou recomendavam *Tai chi* ou *chi gong* (E20).

Mais de 135 profissionais praticavam homeopatia (E3, E7, E17, E22, E34, E37, E39, E51) e 22, homeopatia pediátrica (E15).

Profissionais, 957, praticavam fitoterapia (E12, E16, E17, E27, E34, E39, E40, E20, E51, E52).

Nove profissionais praticavam outras terapias que incluíam antroposofia (E22, E34).

Profissionais, 35, que praticavam a medicina alternativa, tinham um tempo médio de consulta duas vezes maior que a prática normal (vinte minutos contra nove minutos) (E3, E34).

Profissionais, 24, praticando a medicina alternativa, diagnosticavam de acordo com a medicina ocidental, dez profissionais praticando a medicina alternativa diagnosticavam com uma combinação de medicina ocidental e alternativa (E3). Médicos antroposóficos, 38, nos cuidados primários em pediatria durante um período de prescrição de doze meses em remédios PIC representaram 63,8 % de todos os medicamentos prescritos (41,8% antroposófica, 12,7% homeopáticos, fitoterápicos 9,3%) e 36,2% convencional (E26).

Profissionais, 2.564, não estavam usando PIC em sua prática (E6, E7, E15, E17, E27, E28, E33).

Profissionais não prescritores de práticas não prescritoras relataram uma atitude significativamente mais forte negativa em relação à homeopatia pediátrica do que os não prescritores de PIC de práticas prescritoras,

sugerindo que a presença de um parceiro que prescreve PIC dentro de uma prática influencia positivamente as atitudes dos seus colegas não prescritores (E15).

Estudos não mostraram nenhuma relação entre a percentagem de médicos que praticaram pessoalmente medicina complementar e a idade do médico, sexo, local de graduação, número de anos de prática, tamanho da cidade ou qualificações em medicina complementar (E3, E18, E22, E34, E52).

Mais profissionais homens que mulheres praticavam medicina alternativa (E7, E3, E38, E52). Entre características pessoais, ter menor idade (<54 anos) e ser do sexo feminino foram associados a uma maior probabilidade de prática de PIC (E17).

Profissionais treinados em praticar uma terapia complementar em particular tendem a referir mais frequentemente para outros profissionais da mesma terapia e eram mais propensos a saber de outro profissional da área (E22).

Profissionais, 290, que prestam atendimento convencional ou complementar, tiveram motivações diferentes para começar a trabalhar com PIC. Médicos certificados em PIC começaram mais por razões intrínsecas, tais como convicção pessoal, entusiasmo e interesse. Ambos os médicos que praticavam cuidados convencionais e os médicos de PIC não certificados começaram mais por causa de razões extrínsecas, como a escolha do paciente e melhor rendimento monetário, seguido por razões intrínsecas e, por último, por causa de razões extrínsecas, tais como as limitações e efeitos adversos da medicina convencional e sucesso terapêutico com a medicina complementar (E33).

Profissionais, 267, que prestam atendimento convencional ou complementar definiram seus critérios de escolha de usar PIC ou medicina convencional. Médicos certificados em PIC e não certificados citaram como a sua primeira escolha para doenças ou condições, seguida pela qualidade e eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos específicos, e pela última por vontade do paciente de procedimentos específicos. Para os médicos que praticavam cuidados convencionais e seus critérios de escolha

para usar PIC ou medicina convencional, foi determinado bastante uniforme entre as doenças ou condições, a qualidade e a eficácia de procedimentos diagnósticos e terapêuticos específicos, e os desejos do paciente de procedimentos específicos (E33).

Profissionais relataram que aqueles que praticam terapias complementares não são margens da comunidade médica, mas são parte de sua corrente principal (E38).

5.1.3.16 Organização de PIC na APS

Em relação à organização de PIC na APS, resultados demonstraram como as práticas são ou devem ser oferecidas, financiadas e regulamentadas nos serviços.

Um membro da equipe de APS era o provedor de acupuntura, homeopatia ou fitoterapia em 150 práticas e, em 24, o provedor era um profissional de PIC (E48). O financiamento de PIC na APS era de vários fundos, entre outros: sistema de saúde, planos de saúde, pagamento de pacientes e doações (E48, E23). Profissionais identificaram que era incerta a continuidade dos serviços de PIC devido ao financiamento e aos serviços de provisão; doze defenderam o pagamento pelos pacientes (E31).

Mais de 242 profissionais defenderam a regulação da PIC e de seus praticantes (E2, E12, E6, E22, E37, E51), 1.622 defenderam a cobertura de PIC pelos planos e sistemas de saúde (E6, E20, E27, E51, E52, E31, E37, E12) oferecidas por médicos ou outros profissionais de acupuntura, fitoterapia e homeopatia (E38) e não era ético lucrar a partir das vendas de suplementos (E12). Médicos e enfermeiros, 155, desconheciam legislação específica de PIC (E46). Houve profissionais que defenderam o controle pelo Ministério da Saúde ou por colegiados para regular licenças e código de ética de profissionais de PIC (E6, E51).

Acupuntura, fitoterapia e homeopatia (nessa ordem) foram as práticas apoiadas pelos profissionais de saúde para serem oferecidas pelos sistemas de saúde ou ressarcidas pelos planos de saúde. Médicos obstetras ginecologistas eram mais a favor da cobertura de fitoterapia e homeopatia

pelos sistemas de saúde do que médicos generalistas (E20).

Médicos recebiam extras no salário dos planos de saúde para realizar consultas mais longas em um Centro de Medicina Integrativa (em torno de 90 minutos) (E23), e uma melhor remuneração foi apontada como uma necessidade na provisão de PIC, e seu não provimento motivo para recusar atendimento e para aumentar as prescrições de antibióticos (E28).

Médicos e profissionais de PIC trabalhavam em um Centro de Medicina Integrativa e também em consultório particular (E23).

As reuniões de equipe de um Centro de Medicina Integrativa excluíam os profissionais de PIC por estes não serem assalariados e somente os médicos podiam pedir exames (E23).

5.1.3.17 Papel dos profissionais sobre às PIC

Esta categoria incluiu os resultados sobre a compreensão dos profissionais quanto a seu papel nas práticas complementares na APS. Notam-se visões distintas no discurso de médicos e enfermeiros.

Os entendimentos dos médicos dividiram-se entre domínio do conhecimento em PIC e deixar isso para os profissionais de PIC. Concordaram sobre a importância de ter uma rede de referência e boas relações com profissionais de PIC (E50, E22); a necessidade de integrar os serviços (E28) e o respeito mútuo das práticas complementares e medicina convencional (E51).

Os enfermeiros tenderam à compreensão de que seu papel é ajudar os pacientes a escolher entre as diferentes PICs e entender, respeitar os sistemas de valores e bem-estar do paciente (E36).

5.1.3.18 Percepções sobre a indicação de PIC

Resultados demonstraram casos de doenças e quais pacientes os profissionais entendem que PICs são ou não adequadas.

Profissionais, 259, recomendam homeopatia para crianças nas

seguintes condições: cólica, cortes e contusões, dentição, problemas dermatológicos, dor de ouvido, gripe e infecções do trato respiratório superior, tosse, vômitos, irritabilidade e diarreia. Condições menos comuns são dor de cabeça, enurese, varicela, asma, depressão, ansiedade e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (E15).

Profissionais indicam tratamento de PIC para doenças agudas e crônicas; condições psicológicas; síndromes de dor; melhoria de qualidade de vida; doenças crônicas ou complexas, como doença reumatoide e fadiga crônica; aqueles que procuram alternativas para a gestão farmacêutica de suas condições e aqueles que estão bem e que estão interessados em manter e promover sua saúde; aqueles que não podem ser tratados com métodos convencionais; problemas músculo-esqueléticos; condições fisiológicas; problemas de coluna; problemas de peso; alergia; vício; enxaqueca/dores de cabeç;, condições não diagnosticada/mal definida; fadiga; asma; herpes zoster; neuralgia; síndrome do intestino irritável; artrite; sinusite; problemas menstruais; sinusite; problemas de comportamento; doença maligna; neuro-deficiência; doença mental; abuso de substâncias/dependência; demência/Alzheimer (E17, E21, E20, E34, E49).

Profissionais usam acupuntura para tratar síndromes de dor; homeopatia e fitoterapia utilizadas principalmente para doenças crônicas e condições psicológicas (E17).

Profissionais indicam tratamento de ervas medicinais para infecções do trato respiratório superior; problemas de sono e fadiga; sintomas da menopausa e da tensão pré-menstrual; acupuntura e acupressão, para a gestão de dores musculo-esqueléticas e nervos ou dor nas articulações; fibromialgia; lúpus; síndrome do intestino irritável e dor musculoesquelética crônica; para parar de fumar; stress agudo e dor de cabeça; remédios antroposóficos são recomendados para os diagnósticos de câncer; artropatias e dorsopatias; fitoterapia é indicada para efeito calmante e no tratamento de sintomas da ansiedade; estomáquica; anti-inflamatória; indutor do sono; circulação sanguínea; circulação periférica; antisséptico bucal; hipocolesterolemiante; cicatrizante; hidratação; efeito laxativo; tratamento das afecções do sistema urinário; redução da pressão arterial;

hipoglicemiantes; hipertensão; condições de pele; asma bronquial; homeopatia para depressão; dor de cabeça; diabetes e dor (E20, E24, E26, E39, E40, E45, E48).

Médicos, 358, indicam PIC para tratar sintomas de gripe; 251 para dor (incluindo condições de dor musculoesqueléticas); 247 para doenças mentais; 152 para condições alérgicas; 116 para dores de cabeça/enxaqueca; 106 para stress/fadiga; 51 para problemas gastrointestinais; 42para doenças malignas; 26 para problemas de sono; 24 para problemas de pele (E27). Doze médicos mencionaram o uso do mel para crianças, tanto para o tratamento de tosse como para as condições da pele (cortes, queimaduras, cicatrização) (E30). Médicos, 318, indicaram que PICs têm ajudado muitas pessoas, após falha da medicina convencional (E44).

Médicos e homeopatas, 83, escolheram PICs, pois acreditam que estas lidam com a causa da doença (E45).

Treze médicos entendem que acupuntura é útil para uma ampla gama de condições que não apenas as condições e dores musculoesqueléticas, mas tinham opiniões diferentes sobre o quais seriam essas condições (E31).

Mais de dez médicos praticantes de PICs declararam estar preparados para tratar qualquer condição (E34, E45).

Enfermeiras indicam PICs como terapia de suporte (para a doença terminal, HIV/AIDS, câncer, luto), morbidade psiquiátrica menor (parar de fumar, problemas psicossociais, depressão, ansiedade) e distúrbios psicossomáticos (alergias, asma) (E36).

PIC são usadas para pacientes idosos, pacientes com câncer, doença mental, diabetes e com doença cardíaca coronariana (E47).

5.1.3.19 Percepções sobre a relação da medicina convencional com às PICs

Esta categoria incluiu resultados sobre a compreensão e discussão dos profissionais quanto às práticas de saúde, em relação à medicina convencional e às PICs.

Em relação à prática da medicina convencional, médicos homeopatas

relataram fracasso, aborrecimento e limitações da AB (E9). Quanto às PICs, os profissionais, com e sem formação nessas práticas as relataram como holísticas (E20), alternativa à biomedicina (E9), capazes de oferecer benefícios não atingíveis com a medicina convencional (E39).

Os resultados mostraram percepções quanto à prática de medicina integrativa, que reúne aspectos das PICs e medicina convencional. Os profissionais relataram o uso de PICs como adicional à Biomedicina (E3), pois entendem que ambas são integrais (E9), sofrem com a fragmentação da medicina baseada em evidências (E35) e pelos riscos aos pacientes (E28). Médicos ocidentais utilizam plantas medicinais (E40); médicos antroposóficos prescrevem, ainda que em menor escala, medicamentos farmacológicos (E26), e praticantes de PICs valorizam o diagnóstico biomédico (E21).

5.1.3.20 Pesquisa em PIC

Em relação a esta categoria, praticantes de PIC apoiaram maior colaboração com médicos na área da pesquisa científica do que médicos (E4). Profissionais, 698, concordaram que a pesquisa em PIC deve ser aumentada (E27).

Quanto à pesquisa, profissionais sugeriram que a geração de provas em PIC é problemática devido à falta de financiamento da investigação e as barreiras percebidas para a realização de pesquisas sobre PIC em universidades. Profissionais ficaram divididos em dois grupos com relação ao controle de qualidade e PIC: aqueles que pensavam que os pacientes se beneficiariam da padronização em PIC e aqueles que temiam que o controle de qualidade teria efeitos negativos para os pacientes que afetam os aspectos mais subjetivos, emocionais do processo terapêutico/cura. Profissionais consideraram que o desenvolvimento de critérios de qualidade em PIC seriam úteis para limitar o controle descontrolado de áreas cinzentas da medicina sustentadas apenas pelo limite da prática baseada em evidências, especialmente para PICs cobertas pelos sistemas de saúde. Profissionais consideraram "tempo" como um dos mais importantes indicadores de

qualidade para a maioria das PICs bem sucedidas, além da relação com o terapeuta e a consideração da opinião dos pacientes, mas pareciam céticos sobre a conveniência de desenvolver critérios de qualidade em PIC, preocupando-se que elementos essenciais da PIC poderiam ser desperdiçados. Profissionais estimaram uma abordagem de pesquisa baseada em evidências como possível e razoável. Profissionais exigiram pesquisa em fitoterapia, visto que há uma demanda enorme de pacientes para fitoterápicos. Profissionais considerando a abordagem individualizada da maioria das PIC com uma alternativa duvidaram de que a metodologia de pesquisa atual vai levar à "evidência", por isso exigiram o desenvolvimento e a adoção de estratégias de pesquisa alternativas para avaliar PICs, pois essas estratégias alternativas devem incorporar medidas individualizadas de resultados centrados no paciente. Profissionais sugeriram estudos comparando os cuidados de rotina convencional "versus cuidados de rotina complementar '. Profissionais sugeriram que o desenvolvimento de projetos de estudo que são mais apropriadas para PIC foi considerado como desafio para o futuro, o que deve levar em conta o conceito de diferentes procedimentos de PIC e experiências pessoais de terapeutas e pacientes. Profissionais sugeriram Networking envolvendo universidades e associações profissionais para realizar pesquisas em PIC (E28).

Os mais altos níveis de interesse para pesquisa foram para a acupuntura e homeopatia. Profissionais indicaram possíveis problemas ou constrangimentos associados à pesquisa com PIC, e as restrições mais frequentemente citadas foram falta de tempo, falta de recursos e problemas metodológicos relacionados com a condução de ensaios clínicos randomizados, como dificuldades com a padronização de tratamentos de PIC, dificuldades com grupo controle, dificuldades para apropriadamente quantificar os efeitos do tratamento de PIC (E49).

5.1.3.21 Segurança em relação às PICs

Em relação à segurança, 174 profissionais consideraram PIC uma ameaça à saúde pública (E2, E54, E36), preocupavam-se com a

possibilidade do profissional de PIC atrasar a busca do paciente por tratamentos apropriados na medicina convencional (E6, E38, E12) e 121 profissionais citaram o risco de substituir a medicina convencional por PIC (E17). Profissionais, 165, consideraram PIC não segura (E39, E34) e nove médicos relataram restrições quanto ao problema das medicações da homeopatia (E9) e com profissionais de PIC (E25).

Profissionais, 23, relataram desejo de aprender mais sobre segurança de PIC (E2) e responsabilidade de comunicar pacientes (E30).

Profissionais, 84, relataram basear a referência de PIC em padrões de segurança (E4).

Profissionais, 96, consideraram PIC segura e sem efeitos colaterais de medicamentos (E30, E34), cinco relacionaram a segurança de PIC com a falta de consequências iatrogênicas dos tratamentos convencionais (E8) e ao treinamento de profissionais de PIC (E12).

Profissionais, 696, consideraram acupuntura segura (E12, E14) e 420, às vezes segura (E25, E38).

Profissionais, 347, consideraram fitoterapia potencialmente prejudicial (E12) e 286, às vezes prejudicial (E25, E38, E51); 352 consideraram ervas da medicina chinesa potencialmente prejudiciais (E12).

Profissionais, 556, consideraram a homeopatia uma prática segura (E12, E38), segura para uso na pediatria (E15) e 21 profissionais consideraram às vezes segura (E25, E51).

5.1.3.22 Uso pessoal de PIC

Profissionais, 458, relataram uso pessoal de PIC (E4, E16, E45, E50) e nove relataram não uso (E45). Profissionais, 71, citaram as restrições comuns que enfrentam em seu próprio uso de PIC: a falta de formação e conhecimento (E2).

Profissionais, 117, relataram ter usado tratamentos de fitoterapia (E4, E12, E16, E40). Profissionais, 57, relataram terem usado tratamentos de medicina chinesa (E4, E12). Profissionais, 80, relataram terem usado tratamentos de homeopatia (E4, E12, E46). Profissionais, 140, relataram

terem usado tratamentos de acupuntura (E12, E31, E46, E53). Profissionais, 143, relataram consulta com profissionais de PIC (E4).

Profissionais, 188, haviam usado PIC para si ou para suas famílias (E41, E50, E46). Dezessete profissionais acreditavam que PIC tinha dado resultados positivos em si e em suas famílias (E41). Profissionais, 382, disseram que seu interesse de usar terapias alternativas foi influenciado por experiências em si ou amigos (E20, E50).

Profissionais que usam em si técnicas alternativas são mais jovens do que aqueles que não o fazem (E50). Não houve associação entre uso próprio de PIC e sexo, idade ou se a resposta era um médico ou um clínico não médico (E16).

Profissionais que usam as técnicas alternativas têm uma visão mais ampla do seu papel e sabem mais sobre medicina alternativa (E50). O uso de homeopatia para si e o uso de acupuntura em familiares teve associação estatisticamente significativa com o interesse pelas PIC (E46).

5.1.3.23 Vantagens das PICs

Em relação às vantagens, 499 profissionais sem treinamento em PIC acreditam que PIC é benéfica para profissionais e pacientes; 203 consideram o benefício em relação à homeopatia, 773, em acupuntura, 95, em fitoterapia, 86, em medicina tradicional chinesa (E2, E5, E9, E27, E32, E36, E39, E45, E50).

As vantagens de PICs descritas por mais de 483 profissionais foram abordagem holística; livre de drogas; menos efeitos colaterais; mais tempo para os pacientes; limites da medicina científica; resposta à crescente demanda dos pacientes; atendimento mais adequado, nomeadamente para os pacientes em que a medicina ortodoxa foi “falha” ou teve pouco a oferecer, por exemplo, na gestão de doenças crônicas a longo prazo, na promoção da autocura, do autocuidado e na responsabilidade pela saúde; maior continuidade no atendimento; melhor comunicação; oportunidades de educação; resultados positivos de tratamento, levando a um aumento do bem-estar global, incluindo, assim, benefício psicossocial, bem como a

melhoria física; métodos e ideias de PIC (E14, E20, E22, E32, E36, E39).

Profissionais citaram os seguintes benefícios no uso de PICs: redução na carga de trabalho e, em especial, uma redução de aspectos difíceis de seu trabalho, por exemplo, com pacientes difíceis de tratar; benefícios para os praticantes de PIC: maior credibilidade para a sua terapia, facilidade de acesso a instalações ortodoxas, atendimento a pessoas que não seriam capazes de pagar a prestação privada, maior segurança de renda; benefícios para a Atenção Básica: cumprimento da promessa de atendimento primário, oferecendo tempo e cuidados pessoais; promoção de uma "abordagem centrada no cliente (E32).

Profissionais, 76, alegaram que os remédios à base de plantas não têm nenhum ou têm apenas efeitos colaterais leves (E18).

5.1.4 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado em relação às PICs

A partir da integração das categorias por meio de perguntas norteadoras, foi possível elencar os antecedentes, atributos e consequências conjuntas das concepções de saúde e cuidado dos profissionais em relação às PIC na APS (Quadro 9).

Quadro 9 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado em relação às PICs na APS.

	Análise dos dados
Antecedentes Como os profissionais se sentem em relação às PIC, qual o contato com PIC? **Categorias norteadoras** Atitudes Gerais que os profissionais têm sobre PIC,	- atitude de se tornar mais envolvido com PIC é inevitável - atitude positiva com PIC - atitude negativa relacionada com falta de evidências e conhecimento, tratamentos ineficazes e caros - maior conhecimento gera maior conforto dos profissionais em relação às PIC. - dificuldade de compreender base teórica de PIC - maior conhecimento sobre acupuntura e homeopatia e menor sobre fitoterapia, medicina antroposófica e tradicional chinesa. - busca de fontes informais de informação para compensar a falta de formação técnica - necessidade de estar bem informados sobre PIC e serem capazs de fornecer informações aos pacientes

Conforto e Confiança, Conhecimento e Familiaridade, Formação e Treinamento em PIC; Eficácia, Evidência e Segurança de PIC;	- falta de treinamento específico para todos os profissionais que utilizam PIC e ausência de uso prático da PIC por muitos profissionais que fizeram treinamento - interesse em realizar cursos para aprender mais sobre mecanismos de ação, segurança, efeitos colaterais e para orientar pacientes sobre PIC. - apoio à oferta de PIC nos cursos de graduação - reduzido o número de profissionais que tiveram contato com PIC nos cursos de graduação. - insatisfação com a qualidade e o formato de cursos de PIC - falta de tempo como uma das barreiras para treinamento em PIC - importância da educação continuada paralela para medicina convencional e PIC - medicina integrativa como uma estratégia para superar dúvidas de eficácia de PIC e capacidade de profissionais de PIC. - eficácia depende da indicação de tratamento para PIC e da relação profissional-paciente, considerando a importância das tecnologias leves -631 profissionais relacionaram as PICs ao efeito placebo, especialmente aqueles que não prescrevem ou utilizavam PIC - acupuntura, homeopatia e fitoterapia foram consideradas eficientes
Atributos Como os profissionais descrevem, usam, praticam PIC? **Categorias norteadoras** Concepções de saúde e cuidado, Papel dos Profissionais em relação às PIC, Percepções sobre a relação da medicina convencional com às PIC, Acesso, Custo, Integração e Oferta de PIC, Organização,	- consideram o autocuidado, a individualização do cuidado, a relação profissional-paciente, as tecnologias leves e o contexto bio-psico-social-espiritual dos pacientes - abordagem holística em busca de qualidade de vida e harmonia de corpo-mente - medicina integrativa na APS, como forma de unir terapias complementares com a biomedicina e as terapias naturais e, assim causar menos efeitos colaterais e maior satisfação do paciente -médico focou seu papel no bom funcionamento dos serviços e a enfermagem voltou-se para o bem-estar do paciente - necessidade de dividir responsabilidades com os pacientes; considerar os aspectos éticos do cuidado; o empoderamento dos pacientes; o processo de interação entre os profissionais e a promoção da saúde. - queixas dos profissionais quanto ao fracasso da biomedicina e seu aborrecimento com a rotina na APS como motivadores da utilização das práticas integrativas - preocupação de médicos homeopatas sobre a falta de acesso permanente a esse serviço na APS. - posição em favor do acessode todos a todas as PICs - dificuldade de acesso e falta de cobertura de seguro

Encaminhamento e Uso pessoal de PIC	consideradas barreiras para o uso de PIC pelos pacientes - cobrança de PIC colocam essas práticas como um serviço "deluxe", ou seja, acessível somente para aqueles que podem pagar. - a cobrança após a oferta gratuita de PIC na APS teve um impacto positivo sobre as expectativas do paciente e foi essencial para refletir o tempo necessário para a prática de PIC -oferecer PICs que promovem empoderamento dos pacientes e melhor atendimento com maior tempo de consulta pode resultar em qualidade de vida tanto para pacientes quanto para profissionais e consequente economia de recursos. -profissionais de enfermagem, em relação aos médicos, observaram maior possibilidade de economia ao utilizar PIC na APS -maior número de profissionais apoiou a integração de PICs na APS, ainda que os resultados tenham se dividido entre qual profissional deve oferecer essas práticas: profissionais de PIC, médicos ou profissionais com registro, como enfermeiros e fisioterapeutas - não houve consenso sobre o melhor modelo de integração: nível secundário ou primário - uma barreira a ser superada para a integração de PIC na APS foi a falta de conhecimento sobre PIC e sobre os profissionais de referência - oferta de PIC na APS foi realizada por um membro da equipe ou por um profissional de PIC - a constatação de bons resultados e a presença de um parceiro que prescreve PIC influenciou positivamente o interesse, a prática e o encaminhamento de PIC - muitos profissionais praticavam medicina alternativa e convencional - profissionais com formação em PIC descreveram sua prática como artística, intuitiva e idiossincrática - decisões de alguns profissionais para fazer uma referência a PIC foram mediados por: (a) suas experiências pessoais e profissionais de PIC e evidências e seu conhecimento de PIC, e (b) compreensão das atitudes de seus pacientes para PIC e experiência dos pacientes com a medicina convencional - a busca de PICs pelos pacientes foi um dos motivos que levou os profissionais a se interessarem por elas, além de convicções pessoais e entusiasmo no caso de profissionais certificados em PIC, mas também devido às limitações e efeitos adversos da medicina convencional e o sucesso terapêutico com a medicina complementar - razões para recomendar PICs foram pedidos dos

	pacientes, falha no tratamento convencional, existência de evidências, convicção de que funciona, PIC não pode prejudicar, ausência de outro tratamento convencional, sugestão dos colegas, custo do tratamento convencional, confiança no profissional de PIC. - razões mais comuns contra a referência de PICs foram falta de provas, falta de regulação, custo financeiro, preocupações sobre a exploração de pacientes vulneráveis e risco de efeitos adversos ou danos - acupuntura e homeopatia foram as terapias mais frequentemente fornecidas pelos profissionais
Consequências Quais foram as consequências de usar PIC? **Categorias norteadoras** Comunicação sobre PIC com pacientes e profissionais; Vantagens e Desvantagens de PIC, Percepções sobre a indicação de PIC, Pesquisa em PIC	- abertura na escolha do tratamento ajuda a construir respeito, vínculo, autocuidado e autonomia do paciente - importância de perguntar e discutir sobre PICs, uma vez que não existe um determinado perfil de pacientes ou de necessidades para usar PICs - necessidade de formação em medicina convencional e fóruns para apresentar as PICs como meio para diminuir desconforto em abordar PIC na APS - comunicação como principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe por gestores de centros de saúde e reuniões como meio para propiciá-la. - mais vantagens do que desvantagens em usar PIC na APS - possibilidade de atender pacientes que a medicina convencional não tem como atender, por exemplo. o paciente poliqueixoso - muitas preocupações com o uso de fitoterapia pelos pacientes: interações com medicamentos e efeitos decorrentes de intoxicação - trata a causa das doenças, desde aquelas com diagnósticos fechados na medicina convencional até as difíceis de tratar, como as de origem psicossomática e auto-imune, mas também como terapia de suporte para doença terminal, HIV/AIDS, câncer e luto. - necessidade de mudar a forma de pesquisar em PIC, que buscam valorizar experiência e opinião dos profissionais e pacientes, padrões de qualidade em PIC, medidas individualizadas de resultados centrados no paciente, sem desperdiçar elementos subjetivos; superação de problemas metodológicos e ultrapassagem dos limites da prática baseada em evidências

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

A concepção de sáude de PIC na APS envolve a busca de qualidade de vida em um contexto bio-psico-social-espiritual. Essa concepção de

saúde ocorre em um espaço que conhece e valoriza as PICs. O resultado é maior harmonia corpo-mente e menos efeitos colaterais.

A concepção de cuidado de PIC na APS envolve ampliar a oferta de práticas de cuidado na APS com profissionais que tenham conhecimento/prática de PIC; reconhecer as limitações e unir as potencialidades das diferentes racionalidades médicas; considerar o autocuidado, a individualização do cuidado, a relação profissional-paciente, as tecnologias leves e dividir a responsabilidade de cuidado com o usuário. O resultado é a ampliação da clínica na APS, mudança nas formas de pesquisar sobre PIC, promoção do trabalho em equipe e maior satisfação dos usuários.

5.2 PRÁTICAS HUMANIZADORAS

5.2.1 Bases de dados, descritores e seleção dos artigos sobre práticas humanizadoras

As bases de dados pesquisadas, os descritores utilizados e o número de artigos selecionados estão descrito na Tabela 3. A busca foi realizada em novembro de 2013.

Tabela 3 Bases de dados e descritores sobre práticas humanizadoras.

Base de Dados	Descritores	Referências	Selecionados
BVS	Humanização AND Atitude dos profissionais AND NOT hospital	14	1
	Humanização AND Atenção Básica	60	5
	Cuidado holístico AND Atenção Básica	0	0
	Holism AND Atenção Básica	4	0
	Acolhimento AND Atenção Básica	53	3
	Patient centered care AND primary health care AND attitude of health personnel	88	3
	(tw:(personal autonomy)) AND (tw:(primary health care)) AND (tw:(attitude of health personnel)) AND NOT (tw:(complementary therapies)) AND NOT (tw:(hospital)) AND (tw:(family practice))	47	0
	Humanização AND Programa Saúde da Família	84	8

	Acolhimento AND Programa Saúde da Família	100	21
TOTAL			41
PUBMED	"Attitude of Health Personnel"[Mesh] AND holistic care AND primary health care NOT hospital NOT complementary therapies	55	6
	"Attitude of Health Personnel"[Mesh] AND humanization NOT hospital	17	3
	humanization of assistance not MESH	24	1
	(((Attitude of Health Personnel) AND Primary Health Care) AND Holism) NOT Hospital	8	1
	User embracement	8	3
	Patient-centered care[MeSH Terms]) AND primary health care[MeSH Terms]) AND center, community health[MeSH Terms]) AND attitude of health personnel[MeSH Terms]) NOT hospital[MeSH Terms]) NOT complementary therapies[MeSH Terms])	3	1
	Personal autonomy AND Primary Health Care AND Attitude of Health Personnel NOT hospital	175	0
	Holistic health OR holistic AND health AND ("health personnel"[MeSH Terms] AND ("questionnaires"[MeSH Terms] NOT hospital NOT complementary therapies	73	2
	(("Holistic Health"[Mesh]) AND "Health Personnel"[Mesh]) AND "Questionnaires"[Mesh] NOT Hospital	60	2
TOTAL			19
Web of Science AND [Primary Health Care]	Humanization of assistance	2	0
	User embracement	9	1
	Personal autonomy	41	0
	Holistic health	10	1
	Patient-centered care	5	0
	Holism	9	0
TOTAL			2
SCOPUS AND [Primary Health Care]	Humanization of assistance	11	1
	User embracement	11	2
	Personal autonomy	45	0
	Holistic health	18	3
	Patient-centered care	48	3
	Holism	2	1
TOTAL			10

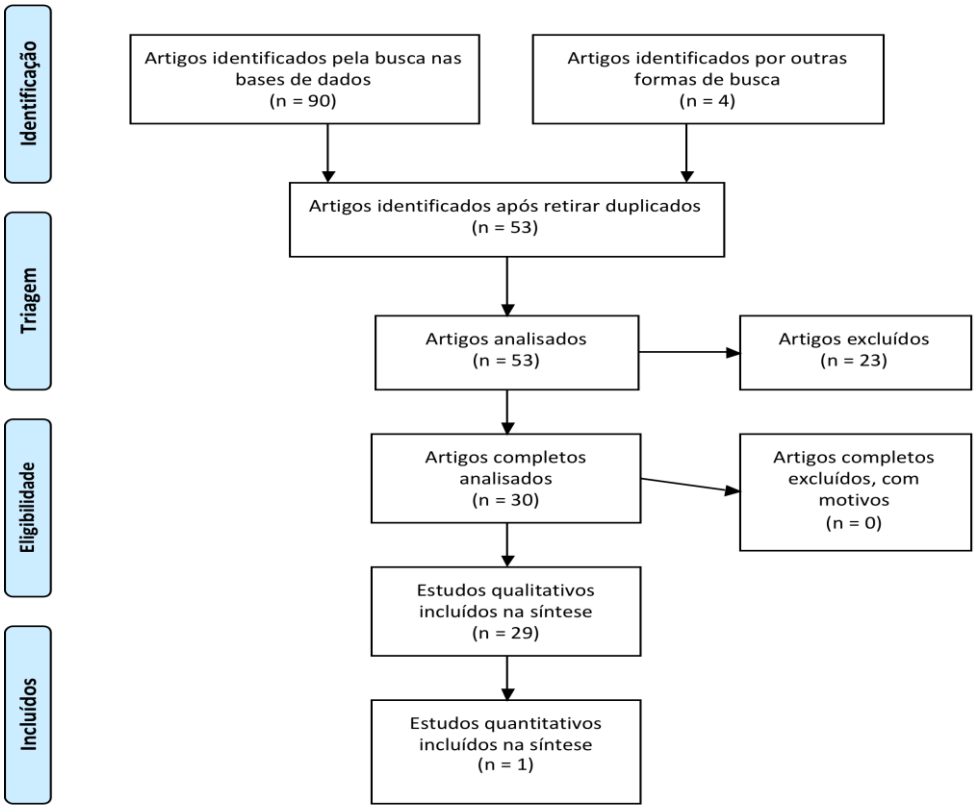
DEDALUS [Artigo de periódico]	Acolhimento NOT hospital	65	5
	Autonomy NOT hospital	14	0
	Humanização AND "Atenção Básica" NOT hospital NOT terapias complementares	16	0
	Saúde holística NOT hospital	12	0
	Holism	35	0
	patient-centered care NOT hospital	13	0
TOTAL			5
CINAHL AND primary health care	Holism	7	2
	Holistic care	124	5
	Humanization	6	1
	User embracement	2	0
	Personal autonomy	10	1
	Patient centered care AND attitude of health personnel	16	1
	Humanization of assistance	0	0
TOTAL			10
Proquest	Humanization of assistance	20	0
	User embracement	6	0
	(personal autonomy) AND (Primary health Care) NOT hospital AND (attitude of health personnel)	24	1
	Palavra-chave ((holistic care) AND (Primary health Care)) NOT hospital AND (attitude of health personnel) AND Questionnaire NOT (complementary therapies)	27	0
	Palavra-chave ((patient-centered care) AND (Primary health Care)) NOT hospital AND (attitude of health personnel) AND Questionnaire NOT (complementary therapies)	30	1
	holism AND (Primary health Care) NOT hospital AND (attitude of health personnel)	9	0
TOTAL			2
PsycINFO	Any Field: humanization AND Any Field: professional NOT Any Field: hospital	30	3
	Any Field: holistic care NOT Any Field: hospital NOT Any Field: complementary therapies AND Any Field: Primary Health Care	168	8
	Keywords: patient centered care AND primary health care NOT Any Field: complementary therapies NOT Any Field: hospital	11	0

	User embracement	0	0
	Personal automony	0	0
TOTAL			11
Total de referências selecionadas			90

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Selecionaram-se 30 estudos sobre práticas humanizadoras para a revisão sistemática (Figura 2). Esses estudos foram realizados entre 1999-2011, com 1.179 profissionais nos Estados Unidos e Brasil, publicados em inglês (1) e português (29).

Figura 2 Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos sobre práticas humanizadoras na revisão sistemática (MOHER et al, 2009).



Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

5.2.2 Lista dos artigos selecionados sobre práticas humanizadoras

Seguem as referências dos artigos selecionados para a revisão sistemática de práticas humanizadoras (Quadro 10) e as características dos estudos, a partir das informações descritas nos artigos (Quadro 11).

Quadro 10 Identificação dos estudos (ID) sobre práticas humanizadoras, referência dos artigos selecionados e *intesity effect size*.

ID	Referência dos estudos sobre práticas humanizadoras	Intesity Effect Size
A1	Audet AM; Davis K; Schoenbaum SC. Adoption of patient-centered care practices by physicians: results from a national survey. Arch Intern Med 2006; 166(7): 754-9.	62% (5/8 categorias)
A2	Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, Oliveira LCF. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(supl.1): 1417-1426, Rodrigues AAAO, Fonsêca GS; Siqueira DVS, Assis MMA, Nascimento MAA. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana-BA. Rev. APS 2010; 13(4):478-485.	87% (7/8)
A3	Beck CL, Lisbôa RL, Tavares JP, da Silva RM, Prestes FC. Humanização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços Rev Gaucha Enferm 2009;30(1):54-61.	50% (4/8)
A4	Brehmer LC, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Cien Saude Colet 2010 Nov;15 (Suppl 3):3569-78.	62% (5/8)
A5	Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto 2000; 8(4): 30-37.	37% (3/8)
A6	Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Soares JFS. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitative. CuidArte, Enferm. 2009; 3(2):149-155.	50% (4/8)
A7	Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(supl.1): 1523-1531.	50% (4/8)
A8	Falk MLR, Falk JW, Arsego de Oliveira F, Silvana da Motta M. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Revista de Atencao Primaria a Saude (REV APS) 2010; 13(1):4-9.	12% (1/8)
A9	Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2004; 38(2):143-51.	75% (6/8)
A10	Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999, 15(2):345-353.	62% (5/8)
A11	Freire LAM, Storino LPH, Cássia N; Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família.	50% (4/8)

	REME rev. min. enferm. 2008; 12(2): 271-277.	
A12	Freiria A, Santos ZV, Silva SS, Oliveira CT. O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família. Nursing (São Paulo)2010; 13(146): 348-353.	37% (3/8)
A13	Junges JR, Schaefer R, Prudente J, Mello REF, Silocchi C, Souza M, Wingert G. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização Interface comun. saúde educ. 2011; 15(38): 755-764.	62% (5/8)
A14	Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. Rev Gaucha Enferm. 2009; 30(4):594-601.	87% (7/8)
A15	Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. Rev. Min. Enf. 1999; 3(1/2):2-6 Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: Perspectiva de reorganização da assistência de ENFERMAGEm. Rev Bras Enf. 1999;52(2):161-68.	75% (6/8)
A16	Linard AG, de Castro MM, da Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Revista Gaucha de Enferm. 2011; 32 (3): 546-53.	37% (3/8)
A17	Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik, MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2010, 18(4):763-769.	62% (5/8)
A18	Matumoto S1, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJ, de Almeida MC. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Rev Latino-am Enfermagem (online) 2009; 17(6), 8p.	62% (5/8)
A19	Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado Mde F. Formação do vínculo na implantação do PSF numa UBS. Rev Esc Enferm USP 2009;43(2):358-64.	62% (5/8)
A20	Nery SR, Nunes EFOA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(supl.1): 1411-1419. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. Espaço para a saúde (Online) 2008; 9(2): 17-25.	87% (7/8)
A21	Pereira AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Martha Backes DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(1): 55-61.	50% (4/8)
A22	Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. Interface comun. saúde educ. 2011; 15(36): 185-198.	62% (5/8)
A23	Queiroz ES, Penna CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. Revista Mineira de Enfermagem 2011;15 (1): 62-9.	62% (5/8)
A24	Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11(1):53-61. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascinmento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(1): 75-85.	75% (6/8)
A25	Santos EV, Soares NV. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem Nursing (São Paulo) 2010; 13(145): 236-240.	75% (6/8)

A26	Schimith MD, Lima, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica 2004; 20(6): 1487-1494.	62% (5/8)
A27	Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio ST. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Espaço para a saúde (Online) 2006; 8(1):7-12.	62% (5/8)
A28	Silveira MFA, Felix LGA, Araújo DV, Silva LC. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. Cogitare enferm. 2004; 9(1): 71-78.	62% (5/8)
A29	Takemoto ML, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica 2007; 23(2):331-40.	87% (7/8)
A30	Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(3):1969-1980.	87% (7/8)

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Quadro 11 Características dos estudos selecionados sobre práticas humanizadoras

ID	Método/Coleta	Profissionais da Atenção Básica	País e Estado
A1	Enquete	532 médicos	Estados Unidos
A2	Entrevista e observação	3 Cirurgiões Dentista (CD), 3 auxiliares de Cirurgião Dentista (ACD), 3 médicos, 3 enfermeiros, 2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 1 técnico em enfermagem	Brasil Feira de Santana -BA
A3	Questionário	37 enfermeiros	Brasil Santa Maria - RS
A4	Entrevista	9 gestores (2 médicos, 6 enfermeiros e 1 dentista), 10 trabalhadores (3 enfermeiras e 7 técnicos em enfermagem)	Brasil Florianópolis - SC
A5	Observação	7 auxiliares de enfermagem	Brasil Ribeirão Preto - SP
A6	Entrevista	17 enfermeiros	Brasil Rio Grande - SC
A7	Grupo Focal	47 trabalhadores (médicos, enfermeiros, CD, Aux Enf, ACD, ACS) e 23 (agentes adm vigilantes, serventes)	Brasil Fortaleza - CE
A8	Questionário	10 trabalhadores da equipe de enfermagem	Brasil Porto Alegre - RS
A9	Observação Entrevista	1 Médicos, 5 enf, 3 aux enf, 1 ACS	Brasil
A10	Relato de experiência – observação e relatórios.	13 profissionais: Médicos pediatra (2), ginecologista (2), clínico geral (2), Assistente social (1), Enfermeira (2), Técnica de enfermagem (1), Auxiliar de enfermagem (2), Gerente da Unidade (1)	Brasil
A11	Entrevista	15 trabalhadores (gerente, 4 enf, 3 medicos, 7 aux enf)	Brasil Belo

			Horizonte - MG
A12	Entrevista	1 enfermeira e 2 aux enfermagem	Brasil Serrana-SP
A13	Grupo Focal	1 médica, 1 dentista, 2 enf, 3 tec enf, 1 portaria, 1 almoxarifado, 1 gestor	Brasil São Leopoldo - RS
A14	Entrevista Observação	8 trabalhadores (2 médicos, 1 tec enf, 2 enf, 3 ACS)	Brasil RS
A15	Análise documental e entrevista	36 (9 gerentes, 9 enfermeiros, 9 auxiliares de enfermagem e 3 médicos de cada especialidade médica: clínica médica, ginecologia e pediatria	Brasil Belo Horizonte - MG
A16	Entrevista	47 profissionais (16 médicos, 11 CD, 20 enf)	Brasil Fortaleza - CE
A17	Entrevista	20 profissionais (enf, med, aux, enf, ACS)	Brasil SP
A18	Entrevista Observação	9 trabalhadores (1 vigia, 1 aux farmácia, 2 médicos, 5 aux enf)	Brasil SP
A19	Entrevista	12 profissionais (5 med, 3 enf, 2 dentistas, 2 aux CD)	Brasil Fortaleza - CE
A20	Grupo Focal	6 Auxiliares de enfermagem	Brasil Londrina - PR
A21	Qualitativo	11 profissionais enfermagem	Brasil Santa Maria - RS
A22	Observação Entrevista	16 CD	Brasil Fortaleza - CE
A23	Estudo de caso	15 trabalhadores (trabalhadores da SMS, bioquímico, farmacêutico, enf, medico, CD, aux enf, ACS e agente adm)	Brasil Cata Altas - MG
A24	Entrevista semi-estruturada, observação sistemática da prática e fontes documentais.	17 trabalhadores (4 cirurgiões-dentistas e 2 auxiliares de consultório dentário, 2 enfermeiros, 3 agentes comunitários de saúde e 1 agente administrativo, prefeito, secretário de saúde, coordenador de saúde bucal, coordenador do Programa Saúde da Família PSF =05)	Brasil Alagoinhas - BA
A25	Questionário	12 enfermeiros	Brasil RS
A26	Observação Entrevista	1 méd, 1 enf, 3 aux enf	Brasil RS
A27	Qualitativo	30 trabalhadores (3 médicos, 3 enfermeiras, 6 técnicas de enfermagem e 18 agentes comunitárias	Brasil Balneário Camboriú-SC
A28	Oficina	11 profissionais (2 enf, 2 aux enf, 7 ACS)	Brasil Campina Grande -PB
A29	Observação Entrevista	15 profissionais (4 aux enf, 7 enf, 4 coordenadoras (3 enf, 1 CD))	Brasil Campinas - SP
A30	Questionário	168 trabalhadores (med, enf, aux enf,	Brasil

Grupo focal	ACS)	

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Em relação à qualidade dos estudos, os relacionados às práticas humanizadoras foram classificados em Forte, Bom, Fraco ou *Noisy*, quando havia falta de informações (Tabela 4).

Tabela 4 Qualidade dos estudos incluídos sobre práticas humanizadoras.

Qualidade	**ID dos Estudos**	**Frequência (%)**
Forte	A3, A5, A6, A8, A10, A11, A14, A17, A19, A20, A22, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30	60% (18/30 estudos)
Bom	A2, A15, A16, A21, A23	17% (5/30)
Fraco	A1, A12	6% (2/30)
Noisy	A4, A7, A9, A13, A18	17% (5/30)

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

5.2.3 Categorias de análise dos estudos sobre práticas humanizadoras

Os resultados brutos dos artigos selecionados sobre práticas humanizadoras foram transformados em dados para análise. Estes dados foram divididos em categorias que emergiram da própria análise (Quadro 12).

Quadro 12 Descrição das categorias de análise e *frequency effect size* dos estudos sobre práticas humanizadoras

Categoria	**Definição**	***Frequency Effect Size***
Atitudes dos profissionais quanto às práticas humanizadoras	Resultados incluem atitudes e percepções dos profissionais sobre práticas humanizadoras	83% (25/30 estudos)
Concepções de saúde e cuidado nas práticas humanizadoras	Resultados incluem percepções dos profissionais sobre concepções de saúde e cuidado nas práticas humanizadoras	56% (17/30)

Dificultadores das práticas humanizadoras	Resultados incluem percepções dos profissionais sobre dificuldades, barreiras e limites para a implantação e implementação de práticas humanizadoras	76% (23/30)
Facilitadores das práticas humanizadoras	Resultados incluem percepções dos profissionais sobre facilitadores e potencializadores para a implantação e implementação de práticas humanizadoras	60% (18/30)
Influência da formação inicial e continuada nas práticas humanizadoras	Resultados incluem percepções dos profissionais sobre influência de treinamentos e especializações e outros cursos de formação nas práticas humanizadoras	23% (7/30)
Interface da relação profissional-usuário com as práticas humanizadoras	Resultados incluem percepções dos profissionais sobre interface da relação profissional-usuário com as práticas humanizadoras	60% (18/30)
Interface do trabalho em equipe com as práticas humanizadoras	Resultados incluem percepções dos profissionais sobre interface do trabalho em equipe com as práticas humanizadoras	56% (17/30)
Oferta de práticas humanizadoras	Resultados incluem percepções dos profissionais sobre a oferta de práticas humanizadoras	86% (26/30)

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

5.2.3.1 Atitudes dos profissionais quanto às práticas humanizadoras

Em relação às atitudes, os profissionais relacionaram práticas humanizadoras com melhorias na relação com usuários, com mudanças no processo de trabalho da APS e com ambas.

Mais de 330 profissionais relacionaram práticas humanizadoras com melhorias na relação com usuários, por meio de escuta ampliada ou qualificada, diálogo, maior acesso às informações (email dos pacientes, lembretes de cuidados em saúde, prontuário eletrônico), responsabilização, empatia, integralidade, vínculo, acolhimento, recepção positiva ou acolhedora, carinho, atenção, respeito, boa intenção, uso de tecnologias leves, valorização do usuário, confiança, solidariedade e respeito aos princípios éticos, como o respeito pelo outro, a dignidade, a autonomia e o colocar-se no lugar do outro (A1, A2, A3, A4, A6, A7, A8, A11, A12, A13, A15, A16, A17, A19, A20, A21, A22, A23, A27, A28, A29).

Mais de 150 profissionais, trabalhadores e gestores, relacionaram

práticas humanizadoras com mudanças no processo de trabalho na APS, incluindo a necessidade de inverter a lógica de trabalho, para aumentar o acesso, a resolubilidade, o encaminhamento, a agilidade no atendimento, a redução do tempo de espera e a melhora na apresentação da unidade, por meio do uso de placas de identificação nos setores, ambiente tranquilo, ventilação e com "cara de PSF" (A4, A6, A7, A8, A9, A11, A12, A13, A14, A15, A17, A20, A27, A30).

Houve profissionais que relacionaram práticas humanizadoras com melhor relação com usuários e também com mudanças no processo de trabalho na APS (A6, A7, A11, A12, A13, A15, A17, A20, A23, A29).

Acolhimento, vínculo e integralidade foram citados especificamente pelos profissionais. Mais de cem profissionais relataram que o acolhimento é importante e deve ser realizado por todos os profissionais da equipe dentro e fora da UBS; dez profissionais relataram que os médicos não devem ficar na retaguarda e quinze que a equipe de enfermagem é a mais adequada para realizar o acolhimento (A7, A9, A11, A12, A15, A16, A25, A27).

Houve profissionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e cirurgiões-dentistas, que relacionaram acolhimento com recepção acolhedora ou triagem, relacionada ao estado emocional do trabalhador e sensibilidade deste (A15, A20, A22, A25).

Cirurgiões-dentistas, dezesseis, relataram que o vínculo associa-se a um olhar mais amplo e integral do problema relatado pelo usuário, considerando, para isso, diversos aspectos que podem influir no processo saúde-doença-cuidado; essa visão se faz possível a partir de uma maior aproximação com o usuário; associaram vínculo com relação de amizade que se constrói entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico e à importância dada pelo profissional à questão da pessoalidade presente na relação entre ele e o usuário, pessoalidade esta marcada pelo conhecimento tanto do nome de cada pessoa como também dos problemas de cada uma, outros associaram diretamente o vínculo à continuidade do tratamento e à relação de confiança criada entre profissional e usuário (A22).

Profissionais, mais de cem, citaram a integralidade como relacionada aos princípios do SUS e relataram se sentirem competentes para atender no

PSF (A16, A17, A20, A30).

Para mais de 60 profissionais, integralidade consiste em compreender o cliente de maneira holística (A16), como um todo (A20), sendo que a humanização compreende o olhar ampliado para as necessidades de saúde dos usuários, incluindo a importância de considerar os aspectos biopsicossociais e o contexto de vida das pessoas (A17). Para um grupo de trabalhadores, integralidade representa apenas a responsabilidade de acompanhamento, ou continuidade do acompanhamento, e para outro grupo, representa acesso e acolhimento, enquanto para outro grupo, representa dar mais atenção [ser bem recebido] (A7). Quinze profissionais descreveram integralidade como olhar holístico que desvela até as necessidades do paciente; capacidade de interpretar a demanda e providenciar o que é necessário; cuidado interdisciplinar; integração dos processos de trabalho individuais, que devem ser articulados, solidários e com objetivo único; influenciada pela cultura e pelo meio social no qual é produzida; combinação de ações preventivas e curativas prestadas ao usuário (A23).

Alguns profissionais relacionaram práticas humanizadoras com promoção da saúde, quinze relataram que as atividades de promoção de saúde são imprescindíveis para a efetividade das ações de saúde (A2). Gestores e trabalhadores, dezenove, compreendem o processo de acolher como uma premissa do novo modelo de atenção à saúde (A4). Na percepção de dez trabalhadores, o acolhimento deveria incorporar mais a realização de ações de prevenção, de educação, de conscientização e de orientação, mas é dificultado pelo excesso de queixas clínicas que aparecem no acolhimento (A9).

Profissionais, quinze, destacaram a humanização como uma mudança positiva e resultante da inserção do acolhimento na dinâmica do trabalho nas unidades, mais precisamente da humanização da recepção, da porta de entrada do serviço e relataram uma concepção de que o acolhimento tem como um importante objetivo dar respostas às necessidades dos usuários que não sejam clínicas, mesmo quando não há um "problema de saúde" instalado, no sentido mais restrito da expressão, como

uma doença ou uma questão de ordem física que justifique a procura pelo serviço (A29).

Cerca de 150 profissionais relataram atitudes relacionadas ao processo do acolhimento nos serviços. Dezessete enfermeiros referiram que o processo de acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os trabalhadores da ESF a cumprirem as metas do programa, a melhorarem o trabalho e a realizarem um bom atendimento e encaminhamento, predispondo à resolutividade dos problemas pelo oferecimento de cuidados em saúde que disponibilizam todos os níveis de atenção, considerando a realidade dos clientes (A6). Dez trabalhadores da equipe de enfermagem identificaram como o significado maior do acolhimento o encaminhamento a outros profissionais e, como fator indispensável, a resolutividade (A8). Dez trabalhadores consideram o acolhimento como uma estratégia para ampliar o acesso da população ao serviço de saúde, uma lógica diferente (A9). Para dez trabalhadores, existe a necessidade de normalização do acolhimento, com a delimitação de horário, número de vagas e área de procedência, considerando ainda a urgência/emergência clínica da queixa (A9). Quinze trabalhadores citaram como propósito do acolhimento acolher, ouvir, direcionar para o atendimento, significado afetuoso no sentido de possibilitar uma recepção positiva ao usuário, a humanização do atendimento, confiança do usuário nos profissionais, vínculo, agilizar o processo de trabalho, garantir acesso (A11). Três trabalhadores identificam o acolhimento como uma etapa do processo de trabalho, associado às demais atividades desenvolvidas na UBS, que deve estar presente em todas as atividades de atenção e em todos os momentos de encontro do profissional/usuário (A12). Oito trabalhadores relataram seus anseios em não reproduzir uma assistência desarticulada e um processo de trabalho fragmentado, principalmente no momento em que identificam a necessidade de implementar o acolhimento no serviço (A14). Profissionais e gerentes, 36, compreendem o acolhimento como estratégia para facilitar o acesso ao serviço e aumentar a cobertura, utilizando ao máximo a potencialidade da capacidade instalada e conceitualizam o acolhimento como uma proposta importante para inverter a lógica da

organização atual dos serviços de saúde, pautada pelo atendimento da demanda espontânea e por ordem de chegada, para uma lógica de atendimento programado sem contudo excluir a demanda espontânea, definem o acolhimento como uma estratégia, mecanismo ou instrumento para humanizar a relação entre serviço, profissional de saúde e usuário (A15). Nove gerentes descreveram acolhimento como um mecanismo para humanização da assistência e relataram a necessidade de implantar o acolhimento em todas as unidades e de aumentar o respaldo da instituição à nova prática (A15). Nove auxiliares de enfermagem ressaltam a utilização de critérios de risco para dar prioridade ao atendimento (A20).

Profissionais e gerentes, 36, ressaltam o acolhimento como oportunidade de aprendizado para qualificar a assistência (A15). Auxiliares e enfermeiros, dezoito, não descreveram ações educativas como componentes do acolhimento (A15).

Em quatro centros de saúde, o acolhimento era considerado uma atividade oferecida à população, um tipo supostamente novo de atendimento no cardápio de opções do centro de saúde para atender às necessidades da população. Em uma unidade, o acolhimento era considerado não uma atividade, mas uma forma diferente de fazer em todos os setores da unidade, uma postura ou atitude diante do usuário e de suas necessidades (A29). Em um centro de saúde, o acolhimento não é encarado como uma etapa do processo de trabalho, não se configurou como uma atividade ou serviço novo oferecido à população. O acolhimento é entendido como uma postura, uma forma de receber e atender os usuários em qualquer momento de interação entre a equipe e a população. Nesse centro, fala-se em acolher na sala de vacina, na recepção, na visita domiciliária, na consulta de enfermagem, na dispensação de medicamentos (A29). Profissionais entenderam a ampliação do acesso em si como fator "humanizante" da relação entre o serviço e os usuários (A29).

Profissionais, mais de setenta, relataram dificuldades para humanizar relacionadas à compreensão de que “basta atender bem”, sem modificar o foco da queixa-conduta, sem investir na responsabilização dos profissionais e sem resolver a falta de recursos humanos e materiais (A2, A4, A9, A13,

A23, A25).

Houve trabalhadores que relacionaram atendimento integral com oferecer uma palavra amiga, sorrir, conversar; mas que, além do conforto para o usuário, é preciso uma visão compreensiva com o sofrimento do outro, uma escuta com trabalhadores qualificados para saber ouvir e dar prioridade de atendimento, conforme a necessidade (A7). Profissionais e gerentes, 36, apontam que a questão da responsabilidade e respeito em relação ao outro, um pressuposto para a realização da assistência, é ultrapassada pela expectativa da relação "afetuosa" com o cliente (A15).

Houve profissionais da ESF que confundiram a relação pessoal com a interação profissional que deve existir na busca da discussão dos problemas e na tentativa de solucioná-los, desconhecendo o autêntico sentido de acolher, associando-o restritamente ao tratamento hospitaleiro direcionado aos usuários, relegando seus aspectos na totalidade (A2). Dezenove trabalhadores e gestores expressaram distanciamento entre o discurso do acolhimento e os modos de acolher revelados na prática, os quais compreendiam acolhimento como método de escuta atenta e qualificada, mas na prática os modos de acolher se restringem a estratégias para o atendimento de urgências (A4). Dez trabalhadores consideram uma visão ampliada na avaliação do acolhimento, identificando sua inter-relação enquanto porta de entrada do sistema de saúde, com os diferentes equipamentos sociais e de saúde, presentes na área de abrangência da USF e não se limitando a discutir o acolhimento em si, apenas como uma prática técnica; mas tiveram dificuldades em apresentar propostas concretas para a reformulação do acolhimento (A9). Dez trabalhadores apresentaram desresponsabilização do profissional de saúde [em relação à humanização]; buscam amenizar a responsabilidade individual [sobre a humanização], mas tendem a não atribuir essa responsabilidade ao grupo, pois o trabalho na equipe apresentou-se de maneira fragmentada e com pouca comunicação (A13).

Dez trabalhadores, ao se confrontarem com a proposta de uma reflexão de segunda ordem sobre suas práticas em relação à PNH, demonstram dificuldade de se posicionarem enquanto sujeitos na relação

com outros sujeitos na produção de saúde/cuidado (A13). Quinze profissionais relataram que a integralidade é vista como uma completude, um objetivo impossível de ser alcançado (A23). Houve enfermeiros que relataram não ser possível o estabelecimento do acolhimento em sua prática cotidiana e relacionaram esta condição à insuficiência de recursos humanos e materiais para suprir a demanda dos usuários (A25).

5.2.3.2 Concepções de saúde e cuidado nas práticas humanizadoras

Em relação à concepção de saúde, mais de 130 profissionais relataram a necessidade de considerar o usuário em uma perspectiva física, psicológica e espiritual e em um contexto social e cultural, além da dimensão biológica (A3, A4, A7, A9, A16, A17, A20, A21, A23).

Enfermeiros, 37, afirmaram que, para uma assistência humanizada, é necessário considerar o indivíduo na perspectiva física, social, psicológica e espiritual, considerando-se o contexto em que o usuário está inserido e as suas necessidades (A3). Para dezenove trabalhadores e gestores, integralidade refere-se à atenção considerando as múltiplas dimensões do sujeito, dentre as quais destacam-se a sua história, o seu contexto social e cultural, junto com outras, como a psicológica e a de valores próprios de cada individuo, todas resgatadas como determinantes do processo saúde-doença e da qualidade da atenção (A4). Profissionais, 47, majoritariamente especialistas em saúde pública, expuseram uma preocupação com o indivíduo (cliente) além de sua doença, pois o contexto em que ele está inserido influencia diretamente nas suas condições de saúde, como moradia, ambiente familiar, renda e educação entre outros (A16). Profissionais da equipe da ESF, vinte, destacam que o cuidado inclui considerar os aspectos biopsicossociais e o contexto de vida das pessoas (A17). Auxiliares de enfermagem (9) relataram que conhecer a realidade do usuário, sua condição de levar a vida, aspectos socioeconômico e cultural dos usuários contribui para elaboração do projeto do cuidado com o mesmo (A20). Alguns profissionais de enfermagem salientaram que é preciso compreender o usuário da saúde para além da doença, ou seja, para além da dimensão

biológica (A21). Quimze profissionais consideraram a importância do meio em que vive o usuário e da sua cultura para a produção de um cuidado integral (A23). A fala de 47 trabalhadores representa a percepção do ser humano como um todo, tendo em vista a subjetividade, no que se refere às questões do saber ouvir como uma forma de tratamento, assistir o ser humano em seus aspectos físicos, psicológicos, entre outras necessidades, sendo assistido como um todo, sem a visão de fragmentação. Não ver somente os aspectos da doença, mas todo o contexto pessoal, social, econômico, cultural (A7).

Em relação à concepção de cuidado, mais de 60 profissionais citaram a importância da individualização do cuidado, a valorização de tecnologias leves, a corresponsabilização, o acolhimento, o atendimento a problemas sociais e oportunidade de mudanças (A14,A20, A22, A24, A28, A29).

Em uma USF observaram-se ações pautadas na integralidade, em uma lógica de trabalho que foge ao modelo tradicional curativista, permitindo olhar as pessoas a partir de uma concepção ampliada de saúde, por meio da articulação de ações preventivas e assistenciais, com o intuito de se aproximar da vida cotidiana das famílias (A14). Auxiliares de enfermagem, nove, relataram a responsabilização e a procura pela integralidade no cuidado ao paciente, sensibilidade para a escuta, a importância da visão integral do usuário, do compromisso e da responsabilidade na resolução dos problemas de saúde apresentados pelo mesmo e que se constituem como vetores que desencadeiam todo um processo que pode culminar em práticas acolhedoras (A20). Cirurgiões-dentistas, dezesseis, ressaltaram maior valorização das tecnologias leves no momento de encontro com o usuário e a necessidade de uma maior utilização destas no dia a dia do serviço (A22). Trabalhadores, dezessete, relataram tentativas de utilização de táticas diversas com o intuito de dar conta da complexa luta para alterar as concepções tradicionais e incorporar novas alternativas na forma de fazer/agir em saúde; a necessidade de ir além do que está posto, ser irreverente e, aliado a isso, aglutinar as pessoas para que se tornem cúmplices de um projeto coletivo; resgate da relação trabalhador-usuário a fim de horizontalizar saberes, estreitar laços,

consolidar afetos e estabelecer vínculo para que, dessa forma, o trabalho em saúde recupere a essência do ato de cuidar (A24). Profissionais, onze, relataram que, no contexto social em que trabalham, além de acolher os usuários, são obrigados, também, a acolher a fome, a miséria e a desesperança que acompanham essas pessoas e declararam que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle ou amenização do sofrimento (enquanto doença) e/ou à produção da saúde, em busca de uma prática que oportunize mudanças (A28). Profissionais, quinze, relataram que escolheram o trabalho de cuidar de outras pessoas, ajudando-as, que entendem que seu objetivo é "*melhorar a vida das pessoas*", "*ajudar os pacientes*", "*fazer com que eles fiquem mais saudáveis*" etc., veem-se "acolhendo" muitos problemas de muitas pessoas (A29).

Profissionais citaram e observou-se que a fuga do modelo tradicional curativista ocorre quando profissionais buscam colocar em prática uma concepção ampliada de saúde, por meio da recuperação da essência do ato de cuidar, responsabilização, sensibilidade para a escuta, visão integral do usuário, uso de tecnologias leves, resgate da relação trabalhador-usuário, vínculo, prática que oportunize mudanças e melhore a vida das pessoas (A14, A20, A22, A24, A28, A29).

Profissionais relataram dificuldades para respeitar essas concepções de saúde e cuidado relacionados à singularidade, autonomia e corresponsabilidade, devido a uma atividade em saúde marcada pelo individualismo, queixa-conduta e fracionamento de atos terapêuticos (A2, A4, A7, A9, A13, A20, A21, A24, A29).

A busca por produtividade, a falta de condições de trabalho, as concepções inadequadas do processo saúde-doença, as condições sociais da comunidade e os conceitos predeterminados da equipe sobre os pacientes foram citados como entraves para a realização do cuidado como preconiza o SUS (A2, A7, A9, A26, A28).

Em uma USF, observou-se que a prática ainda é individualista, curativa e médico-procedimento-centrada, o cuidado se mostra superficial, fragmentado, com baixa visibilidade, desarticulado, rotineiro, pontual,

descontínuo, com base em consultas e com baixa participação do usuário (A2). Trabalhadores e gestores, dezenove, revelaram que a sua própria autonomia parece ser desrespeitada pelo efeito magno do modelo clínico [biomédico]. Tal fato mostra-se impresso na inércia desses protagonistas ante as demandas; assim sendo, o acolhimento se torna uma opção para responder pontualmente às necessidades de atenção médica, curativa e de medicalização. (A4). Outros trabalhadores, dezessete, têm uma concepção compartimentalizada do conhecimento de cada área, o que serve de justificativa para a fragmentação do corpo; este, por sua vez, deve ser mediado por profissionais distintos, cada um com o seu papel definido. Portanto, aprisionam o campo do cuidado, predominantemente inter-relacional, em uma atividade marcada pelo individualismo e o fracionamento dos atos terapêuticos (A24).

Observou-se que os auxiliares de enfermagem possuem postura de escuta e comprometimento com as ações de saúde de sua responsabilidade, porém, a concepção ainda curativa do cuidado e o aumento da demanda trazem sofrimento no trabalho (A20).

Em uma USF, observou-se que a atenção à saúde é focalizada em grupos específicos como mulheres, crianças, idosos, diabéticos, hipertensos, além de planejamento familiar (A2)**.** Em cinco USF contatou-se que o projeto terapêutico é baseado na queixa-conduta (A2). Alguns dos 47 trabalhadores revelam a visão do atendimento como uma rotina de procedimentos, cuja importância está em seguir padrões de forma "mecânica", sem reflexão sobre a escuta do usuário para que ele seja atendido em suas necessidades (A7). Observou-se, em dez USF, que o acolhimento se apresentou como um modelo clínico-biomédico, no qual o atendimento é realizado com base no modelo queixa-conduta e como uma forma de triagem apoiada em práticas conflitantes (normalização administrativa versus gravidade/risco biológico) (A9).

Observou-se, em dez USF, a necessidade de desfocar a atenção da queixa (biológica) para se construir uma lógica centrada no usuário (A9). Auxiliares de enfermagem, nove, relataram dificuldade em trabalhar com o direito do usuário de ser singular, da sua visão de mundo e entendimento de

serviço de saúde (A20). Profissionais de enfermagem, onze, relataram o desafio diante do cuidado do ser humano como um ser singular e integral, isto é, no sentido de compreender a dimensão física, psíquica, social e espiritual, com compromisso e responsabilidade para com a vida em diferentes manifestações (A21, A29).

Em uma USF não se encontrou o cuidado como preconiza o SUS e, sim, uma série de tarefas que são executadas com valorização da produtividade, longe do cuidado integral pretendido (A2). Alguns dos 47 trabalhadores revelam que atender bem é concebido como atender rápido, baseado no respeito e na união, eles devem fazer o melhor para que a população não reclame, é dar prioridade às pessoas (A7). Em dez USF, observou-se que os trabalhadores operam com concepções de processo saúde-doença pouco adequadas para o trabalho com comunidades e se esquecem, muitas vezes, das propostas do SUS (A9).

Observou-se, em dez USF que, da forma que está implementado o acolhimento, não se constitui em um instrumento para autonomizar o usuário a enfrentar seu processo saúde-doença como protagonista e corresponsável (em parceria com o trabalhador de saúde) do mesmo (A9). Alguns dos dez trabalhadores deixam de lado a dimensão da responsabilização pelo processo de cuidado como um todo e demonstram uma visão de que as consequências da ação têm relação com procedimentos técnicos das ações em saúde, e não com uma postura ética (A13). Observou-se, no discurso de um gestor, uma postura controladora acerca de questões compreendidas como fundamentais na atenção completa ao usuário, mas que concretamente não garantem a ele condição digna de saúde (A4). Auxiliares de enfermagem, nove, relataram que nem todos os trabalhadores têm incorporado à sua prática a noção de saúde enquanto direito de cidadania (A20). Foi observado, em uma ESF, que existe um conceito predeterminado do usuário, definindo-o como portador de necessidades emocionais, ou seja, a somatização é a forma predominante do processo saúde-doença (A26).

5.2.3.3 Dificultadores das práticas humanizadoras

Em relação às percepções sobre as dificuldades, barreiras e limites das práticas humanizadoras, mais de 700 profissionais indicaram fatores relacionados à:

1) falta de feedback (A1);
2) falta de referência e contrarreferência (A1, A4, A2, A14, A15, A17, A30);
3) excesso de demanda, espaço físico inadequado, falta de materiais e de profissionais (A2, A3, A4, A11, A13, A15, A17, A14, A18, A20, A22, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30);
4) falta de apoio, parceria e atenção da Secretaria de Saúde do Município e de participação da comunidade em reuniões (A3, A24, A26, A30);
5) excesso de atividades burocráticas e falta de tempo (A3, A17, A20);
6) horário de trabalho sem flexibilidade (A3, A14, A15, A18, A24);
7) gestão verticalizada (A4, A13, A20);
8) insatisfação dos profissionais com condições de trabalho (A2, A4, A20, A26, A28, A30);
9) falta de grupos educativos, de profissionais de saúde mental e de outras áreas para encaminhamento (A9, A20);
10) postura e atitude inadequadas dos profissionais e usuários quanto ao acolhimento e humanização (A9, A10, A11, A13, A15, A17, A20, A22, A23, A24, A26, A27);
11) falta de trabalho em equipe e de definição de papéis profissionais (A10, A13, A15, A20, A26);
12) falta de acolhimento e de equipes de PSF (A14, A19);
13) problemas relacionados às condições sociais insatisfatórias da comunidade (A9, A28, A29);
14) falta de conhecimento e de formação específica de SUS e PSF para trabalhar na APS (A25, A30).

Em relação ao feedback, 378 médicos indicaram que a falta de feedback em tempo útil continua a ser um grande problema na coordenação do cuidado (A1). Destes, 170 relataram que os pacientes frequentemente ou às vezes experimentaram dificuldades após a alta do hospital porque seu médico não recebeu as informações necessárias do hospital em tempo hábil (A1).

Em relação ao sistema de referência e contrarreferência, oito trabalhadadores destacaram dificuldades na afirmação de um sistema de referência e contrarreferência resolutivo para a integralidade do cuidado, apontando alguns aspectos, como o retorno dos especialistas para a USF (A14). Médicos, 394, mencionaram problemas na transferência de informações importantes do paciente e que os pacientes receberam informações conflitantes, como na disponibilidade de registros médicos, resultados de testes ou outras informações relevantes no momento de uma visita agendada (A1). Médicos, 149, observaram frequentemente ou às vezes que os testes ou procedimentos tiveram que ser repetidos porque os resultados não estavam disponíveis ou eram inadequados para a interpretação (A1). Médicos, 80, frequentemente ou por vezes observaram que os pacientes tiveram resultados positivos [de exames] que não foram acompanhados apropriadamente (A1).

Em relação ao excesso de demanda, falta de profissionais e excesso de atividades burocráticas, 37 enfermeiros relataram a falta de tempo como uma dificuldade para a realização de cuidado humanizado aos usuários dos serviços de saúde, decorrente do elevado número de atendimentos, do trabalho burocrático realizado pelo enfermeiro e do número reduzido de trabalhadores da equipe de enfermagem (A3). Nove auxiliares de enfermagem referem que, ao realizarem uma assistência, as atividades burocráticas, como os preenchimentos de vários papéis para o registro do atendimento, são barreiras para a prática do acolhimento (A20). Vinte profissionais da equipe da ESF destacam que o excesso de demanda dificulta a humanização da atenção à saúde, e isso se deve à falta de profissionais na equipe, às atividades realizadas que fogem do papel dos profissionais e ao excesso de atividades burocráticas (A17).

Profissionais e gestores, 222, 37 enfermeiros, nove auxiliares de enfermagem e dezesseis cirurgiões-dentistas relataram como uma dificuldade para a realização de cuidado humanizado aos usuários dos serviços de saúde a estrutura física inadequada, caracterizada pela falta de privacidade na conversa com cada usuário, carência de materiais e de recursos humanos em caráter multiprofissional (A2, A3, A4, A11, A13, A15, A17, A18, A20, A22, A25, A26, A27, A30).

Em duas Unidades foi observado que a sua estrutura física pode dificultar o acesso dos usuários ao serviço, neste caso, os usuários que aguardam atendimento ficam separados dos trabalhadores da recepção por uma divisória de vidro, com um pequeno orifício ou balcões em ambiente aberto, claramente se configurando numa barreira de acesso à comunidade, pois o usuário fica constrangido, limitando-se a expressar rapidamente seu problema ou sua queixa (A14, A18). As três unidades de saúde da família observadas revelaram uma infraestrutura deficiente, pois, muitas vezes, estavam em desacordo com as exigências da vigilância sanitária, ou seja, inadequadas para o atendimento às pessoas e ao próprio trabalho do profissional. Detectou-se que as unidades não tinham espaço suficiente para a acomodação dos usuários na recepção, insuficiência de bancos ou cadeiras, sendo que os existentes eram desconfortáveis; ausência de qualquer meio de entretenimento (televisão, som, revistas, jornais) para os usuários durante a espera; aspecto envelhecido ou mesmo sujo das paredes da recepção e dos consultórios; alguns consultórios sem ar condicionado, o que, segundo os trabalhadores, prejudicava o atendimento, o conforto e a segurança; uma das cadeiras odontológicas era antiga, colocando em risco a integridade física das pessoas que transitavam no consultório (A24). Em uma Unidade Distrital de Saúde observou-se que, desde a entrada, são pouco destacadas as placas, pouco evidentes, e os setores, em muitas situações, ficam sem ninguém para informar (A18). Profissionais, 168, maioria ACS, destacaram a ausência de espaços físicos apropriados nas unidades (problemas com tamanho e/ou disposição das salas, climatização, ruído etc.) muitas vezes configuram-se como espaço produtor de doença [local quente, confusão] (A30).

Em uma USF, os profissionais questionaram o fato de não terem sido consultados durante o processo de construção da USF na qual atuavam, resultando em uma unidade que não atende às necessidades da equipe. Os profissionais relatam a expectativa da equipe no decorrer da construção e a frustração após a finalização da obra (A30).

Em relação à falta de medicamentos ou de outros insumos, 168 profissionais relataram de forma mais grave a falta destes no caso dos programas especiais que limitam o cumprimento dos protocolos exigidos (como garantir quantidade exata de medicamentos ao programa de hipertensos) bem como nas atividades de prevenção. No caso específico da odontologia, alguns dentistas destacam que a falta de material adequado dificulta a realização de procedimentos um pouco mais complexos ou compromete o resultado estético do tratamento realizado (A30).

Cirurgiões-dentistas, dezesseis, relataram dificuldades para a realização do acolhimento em relação à própria técnica em si, que precisa ser adaptada a cada realidade, e referente ao número de pessoas vinculadas a cada equipe de saúde bucal, visto que a grande demanda tem dificultado a criação do vínculo entre professional e usuário. Ficou claro que nem sempre é possível reconhecer cada pessoa pelo nome ou reconhecer a fisionomia dela, sendo mais fácil, em muitos momentos, reconhecer as condições bucais de saúde ou doença, fato que relembra que a relação estabelecida pelo odontólogo nem sempre foi com um sujeito, mas apenas com os dentes deste (A22). Observações realizadas em três equipes de saúde bucal demonstraram que, por conta da proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família, a diretriz do vínculo, mesmo a institucionalizada para as equipes do PSF, foi fragmentada para os dentistas/ACDs, pois o número de pessoas vinculadas é o dobro em relação ao dos outros profissionais. As demandas individuais curativas em saúde bucal (restaurações, exodontias, raspagens) são resolvidas apenas pelos dentistas, ao contrário de outras demandas, compartilhadas por diferentes profissionais. Além disso, tornou-se também uma dificuldade para os usuários compreenderem que, dentro da equipe de PSF, um dos membros tem que dividir seus turnos de trabalho entre duas comunidades diferentes,

restringindo o acesso das pessoas a turnos específicos, mesmo quando o dentista está na unidade (A24).

Cirurgiões-dentistas, dezesseis, relataram dificuldades para o estabelecimento do vínculo por meio de visitas domiciliares realizadas por estes profissionais, relacionadas à infraestrutura, no que se refere à falta de transporte, pois a realidade da maioria dos PSF's é a de somente um carro para toda a equipe, o que faz com que nem sempre tenha vaga para o odontólogo, como também à organização do trabalho do cirurgião-dentista dentro dos CSFs (muita demanda que prende a prática no consultório) (A22). Observações realizadas em três equipes de saúde bucal demonstraram que a clínica apresenta-se com limites em sua conduta terapêutica e de organização, necessitando reformulações que permitam a sua ampliação, para atender a demanda em tempo hábil para o correto tratamento dos problemas (A24).

A insatisfação com a falta de apoio, parceria e atenção da Secretaria de Saúde do Município foi relatado por 37 enfermeiros (A3, A26). Alguns profissionais de 168 identificaram baixa integração do PSF com o sistema municipal de saúde, sendo raros os encontros entre as equipes e as coordenações/gestão da SMS. A relação entre eles é percebida como "tensa", mediada por "exigências e cobranças". Enquanto as equipes pressionam por melhores condições de trabalho, os gestores exigem mais produtividade (A30).

Muitos dos dezessete trabalhadores relataram a dificuldade de reunir a comunidade em torno de discussões, observou-se que a pouca adesão também está associada ao formato acadêmico em que os encontros coletivos têm se desenvolvido, por meio de palestras verticalizadas e pouco problematizadoras. Constatou-se, ainda, que muitas equipes organizam reuniões a partir das prioridades definidas pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde, como as conferências de saúde, os momentos de dispersão do treinamento introdutório para as equipes de saúde da família, ou para cumprir uma exigência do programa que determina a realização de reuniões na comunidade, ou seja, as reuniões são propostas às pessoas de forma descontextualizada, nem sempre condizente com as reais

necessidades dos territórios sociais, espaços de atuação das referidas equipes (A24).

Em relação ao horário de trabalho das unidades, enfermeiros relataram o horário de atendimento inadequado e o número limitado de fichas para consulta, o qual não supre a demanda (A3). Em uma Unidade Distrital de Saúde, observou-se que a adoção do agendamento por horário atende às necessidades e prioridades do próprio serviço, regulação de fluxo de demanda mais adequado para o desempenho do trabalho, sem preocupação com as necessidades dos usuários, determinando para esses um horário de chegada e não o horário de seu atendimento, o que é contraditório com a expectativa que se cria, quando se diz que o serviço adota agendamento por horário (A18). Em uma USF foi observado que o longo tempo de espera para o atendimento, assim como a necessidade de chegar muito cedo para garantir a consulta médica da unidade estudada, são fatores capazes de dificultar o acesso dos usuários ao serviço (A14). Em nove UBS, o acolhimento se organiza de acordo com a disponibilidade dos recursos médicos existentes ou disponíveis para o mesmo. Em alguns Centros de Saúde, o acolhimento se realiza para a ginecologia, outros só para a criança. Em alguns, o acolhimento se organiza por horário; só pela manhã, ou só à tarde, de acordo com a concentração da demanda e/ou disponibilidade de recursos. Os médicos, em geral, atuam como referência na possibilidade das doze consultas/dia, o que dificulta a mudança do processo de trabalho, que deve responder ao crescimento quantitativo e à mudança da qualidade de oferta e da demanda por serviços de saúde (A15).

Em relação à gestão verticalizada, dezenove trabalhadores e gestores relataram a organização do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde como um obstáculo, a gestão dos serviços mostra-se, de certa forma, atrelada a esses limites do acolhimento como ação mecânica. Os trabalhadores, à margem da gestão, algumas vezes parecem impotentes diante dos obstáculos concretos e não sinalizam para algum movimento de reação, pois são absorvidos pela rotina sem perceber; em outras, parecem conscientes, porém apáticos à própria condição (A4).

A partir do relato de dezenove trabalhadores e gestores acerca da

estruturação da assistência nas UBS, foi possível identificar questões sobre a ineficiência da programação das unidades ante os problemas reais das comunidades, seguindo a lógica verticalizada das suas ações (A4). Nove auxiliares de enfermagem reconhecem como dificuldade em seu trabalho cotidiano o fato dos usuários reclamarem da demora do atendimento e sentirem-se pressionados. Esta situação pode interferir neste encontro e na descoberta das reais necessidades do usuário (A20).

Em relação à insatisfação com as condições de trabalho, dezenove trabalhadores, nove auxiliares de enfermagem e gestores apontaram que a falta de profissionais nas equipes de saúde reflete negativamente também para os trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço, os baixos salários, a jornada dupla e a incapacidade de atender a todos os usuários e cumprir com todas as exigências do Sistema tornam os profissionis insatisfeitos (A2, A4, A20). Observou-se, em uma ESF, a falta de medicação impossibilitando a continuidade do atendimento; a equipe sente-se insatisfeita com essas condições de trabalho, revelando um sentimento de indignação quando se depara com o sofrimento do usuário e não consegue agir (A26). Sete ACS relataram, em relação às condições desfavoráveis para a realização do acolhimento, enfrentar sérias dificuldades profissionais relacionadas às suas condições salariais (A28). Muitos profissionais de 168 relataram a questão da sobrecarga de trabalho como um obstáculo a um trabalho humanizado. As causas da sobrecarga de trabalho são o cadastramento ultrapassado, subestimando o número de famílias da área, a pressão da demanda reprimida por consultas individuais e exames, o reduzido número de auxiliares para o trabalho administrativo, a deficiência estrutural da unidade, a pressão da SMS pela "produtividade" e o estabelecimento de cotas de consultas diárias para os médicos. A sobrecarga identificada impede, muitas vezes, a realização de atividades educativas e a consolidação de um modelo de atenção pautado na promoção da saúde ou de atividades implantadas mais recentemente (a exemplo da saúde bucal) (A30).

Em relação ao acesso a profissionais de outras áreas, 251 trabalhadores e gestores relataram que a fragmentação dos serviços [não acontece ou demora para marcar serviços de média e alta complexidade]

corresponde às reais limitações do atendimento integral às necessidades dos usuários (A4, A2, A14, A15, A17, A30). Os encaminhamentos para outros níveis de atenção são agendados semanalmente pela Secretaria Municipal de Saúde, que estabelece o número de vagas para determinada especialidade. Dependendo da especialidade médica, o usuário espera até dois anos pelo atendimento, o que gera insatisfação nos trabalhadores e na comunidade (A14). A ambulância e o suporte no encaminhamento dos pacientes são apontados como fatoes importantes no atendimento na unidade ou para viabilizar respostas esperadas no sistema local (diferenças entre municípios de pequeno e médio porte) (A30).

Observou-se, em dez USF, que as ações de encaminhamento não utilizam a potencialidade de "outras" intervenções oferecidas pelo PSF, como grupos educativos, grupos de caminhada, entre outros, e se pautam na derivação para consulta médica; os trabalhadores não relacionam o perfil epidemiológico para desenvolverem ações coletivas que possam impactar nas demandas individuais por saúde (A9).

Observou-se, em dez USF, que os trabalhadores têm dificuldades para lidar com problemas e necessidades no âmbito da saúde mental, isto é, apesar da importância atribuída às tecnologias leve-duras, há um despreparo nesse aspecto com relação à área temática de saúde mental (A9).

Auxiliares de enfermagem, nove, relataram que uma dificuldade sentida no trabalho desenvolvido junto à comunidade refere-se à necessidade da inclusão de outros saberes no trabalho da equipe Saúde da Família (nutricionista, professor de educação física, psicólogo, fisioterapeuta) (A20).

Quanto à postura e atitude em relação ao acolhimento e humanização, observou-se, em dez USF, que existe a dificuldade no estabelecimento de escutas ampliadas, pois estas afloram problemas e necessidades que não podem ser resolvidos apenas no âmbito do serviço de saúde e tornam, assim, imprescindível que sejam incorporadas às práticas das USF uma articulação intersetorial, ou seja, reconhecer e buscar parcerias externas à unidade e ao setor saúde (A9).

Em dez USF, um grupo de trabalhadores manifestou a necessidade

de rever as ações do acolhimento [com relação ao tempo, proximidade com usuário e a que profissional compete sua realização] e outro grupo achava que isso não era importante, considerando que, se havia algo que deveria ser modificado, eram os usuários [sobre seus direitos] e a rede de serviços do sistema de saúde (A9). Dez trabalhadores construíram um discurso moralista acerca da Humanização, analisando suas próprias práticas, ficando distante de uma visão crítica que possibilitaria uma postura ética (A13).

A não aceitação do acolhimento por parte dos usuários foi citada por um trabalhador como um fator dificultador, por exemplo, alguns usuários ainda têm a concepção de que, para ter uma resolução de seu problema de saúde, é necessário passar pela consulta médica (A11, A27). Nove auxiliares de enfermagem relataram que se frustram pela falta de condições para o atendimento acolhedor e acreditam que o usuário não contribui nesta relação (A20). Alguns de quinze profissionais relataram dificuldades para a integralidade relacionadas a aspectos culturais dos usuários, fundamentado na queixa e na doença (A23). Foi observado, em uma ESF, que a demanda única de atendimentos clínicos para o médico contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe (A26).

Ainda quanto à postura em relação à humanização, dez trabalhadores apresentaram um discurso instituído e cristalizado, centrado na queixa, denunciando um conformismo com a situação do contexto de trabalho; a equipe pareceu esperar intervenções externas que possam vir a solucionar os problemas e as carências do serviço, explicitando uma falta de protagonismo e corresponsabilidade dos sujeitos referidos (A13). Profissionais e gerentes, 36, apontaram deficiências na preparação, na competência técnica para "acolher" e nos aspectos legais do exercício profissional (A15).

Profissionais da equipe da ESF, vinte, destacaram que a falta de profissionais preparados para atuar de forma humanizada, a falta de sensibilização e a falta de perfil para atuar com a nova lógica de atenção dificultam a humanização da atenção à saúde (A17).

Em relação ao processo de trabalho, observou-se que, em uma UBS, não há reflexão sobre os problemas e os desafios da unidade devido ao

excesso de demanda, ausência de reuniões de equipe e na execução individual de cada função, isolada do todo. A falta de um coletivo formado, que se comunica e traça objetivos em comum, reforça a individualização [da prática], através da ausência de corresponsabilidade e cogestão (A13). Em uma USF, foram observados fatores que obstaculizam a integralidade, como a inexistência do acolhimento no serviço. (A14) Em nove UBS, as limitações para a implantação e implementação do acolhimento foram dificuldades relacionadas aos profissionais, ao processo de trabalho e às que se referem às deficiências e insuficiências da organização do serviço (A15).

Em nove UBS, somente enfermeiros e gerentes relataram dificuldades para o acolhimento referentes ao processo de trabalho: falta de articulação da equipe, não compreensão do processo de trabalho, falta de protocolos clínicos e acúmulo de trabalho para o enfermeiro; auxiliares e médicos não citaram dificuldades quanto ao processo de trabalho. Médicos, auxiliares e gerentes citaram dificuldades relativas à falta de interesse dos profissionais (A15).

Em relação aos papéis profissionais, foram observados, em uma ESF, alguns entraves no acolhimento à demanda e estabelecimento de vínculo com os usuários em função da organização do trabalho da enfermagem, pois a enfermeira, nessa equipe, desenvolve prioritariamente atividades administrativas e educativas coletivas, assim, o potencial da enfermeira não está sendo plenamente utilizado nos serviços de saúde. Se os atendimentos (de puericultura) fossem realizados pela enfermeira, já seria possível diminuir a fila, que é um fator de desumanização na relação com os usuários (A26).

Em uma UBS observou-se que o novo papel da enfermagem na Unidade de Saúde, com acolhimento, não se deu sem tensões. Subjacente a este processo está a disputa pela supremacia do saber e do poder no serviço de saúde, até então, monopólio médico. Como parte desse polêmico processo, registram-se pressões da Câmara de Vereadores contra o atendimento realizado pela enfermeira (A10).

A falta de profissionais nas equipes de PSF foi citada por doze profissionais de uma unidade-escola como um dificultador, uma vez que

este fator influencia a formação do vínculo. Na referida unidade, o PSF está em decurso de implantação; ainda não haviam chegado os agentes comunitários de saúde concursados, nem os auxiliares de enfermagem e as enfermeiras, os quais estavam iniciando sua inserção na unidade e na comunidade (A19).

Observou-se que um problema a ser enfrentado por algumas equipes é superar a divisão sobre quem é do PSF e quem não é; também no tempo da jornada de trabalho, em uma equipe, as atividades do PSF eram realizadas nas duas horas que os trabalhadores ampliaram (na carga horária dos trabalhadores de PSF) (A20).

Os discursos de onze profissionais referentes às condições desfavoráveis para a realização do acolhimento incluíram aqueles relacionados às condições sociais da comunidade (analfabetismo, falta de saneamento). Um trabalhador do acolhimento referiu que passar o dia ouvindo queixas, problemas, necessidades da população (às vezes, "*horríveis"*) e não saber ou não ter como resolvê-los é situação comum e, na maior parte do tempo, não contam com apoio institucional e supervisão para trabalhar tais questões (A29).

Em relação à falta de de conhecimento sobre acolhimento, doze enfermeiros relataram que esse fator influencia negativamente o processo de humanização (A25). Em quatro centros de saúde, observou-se que a satisfação e a preferência dos trabalhadores de enfermagem pelo trabalho com o acolhimento não é consenso. Na percepção dos entrevistados, a razão da insatisfação de alguns trabalhadores da enfermagem com o trabalho reorganizado para incorporar o acolhimento reside, justamente, na referência à sobrecarga de trabalho. Além do aumento da demanda em termos da quantidade de usuários chegando ao serviço, há um aumento do trabalho de outra ordem – um aumento "qualitativo" (A29).

Em relação à formação específica de SUS e PSF, 168 profissionais, maioria ACS, indicaram que o investimento tímido em formação das equipes são fatores que contribuem para a persistência de condições e práticas de trabalho que se distanciam dos princípios da humanização em saúde (A30).

Em uma UBS observou-se que, após um ano de implantação do acolhimento, permanecem limites relacionados à pequena inserção dos profissionais médicos no acolhimento; agendamento de consultas médicas; conciliação do trabalho da assistência dentro da Unidade de Saúde com o trabalho externo (A10).

5.2.3.4 Facilitadores das práticas humanizadoras

Em relação aos facilitadores e potencializadores das práticas humanizadoras, mais de 300 profissionais citaram fatores relacionados à/às/ao:

1) comprometimento das equipes e responsabilidade com a comunidade (A3, A14, A19, A30);
2) gestão participativa, incluindo rede SUS, PSF, Conselho Local de Saúde, Conselhos profissionais e terceiro setor (A3, A10, A17, A24, A30);
3) tempo de atendimento no acolhimento igual ou superior a cinco minutos (A5);
4) discussões permanentes entre a equipe da Unidade de Saúde, para avaliar e reprocessar o acolhimento (A10, A27);
5) condições de trabalho favoráveis como mais tempo, menos pessoas para atender, melhor espaço físico, mais recursos (A9, A12, A17, A18, A25, A30);
6) receptividade da comunidade e reconhecimento verbalizado pelos usuários (A11, A20, A28);
7) diálogo, vínculo e adscrição da clientela (A14, A19, A20);
8) entendimento e aceitação do processo de acolhimentos por profissionais e usuários, disponibilidade do usuário de “ceder vaga para outro mais grave” (A15);
9) realização do trabalho em equipe, avaliação de desempenho e divisão de tarefas (A10, A14, A15, A17, A19, A20, A27);
10) capacitação das equipes (A10, A17, A19, A25);
11) utilização de protocolos e registros do acolhimento (A9, A10);

12) flexibilização do horário de agendamento e prática menos burocratizada (A18);
13) funcionamento de grupos programáticos, grupos de apoio e oferta de serviços de outros profissionais (A3, A10);
14) realização de concurso que contribui para a permanência da ESF na área adscrita, evitando a rotatividade dos profissionais (A19).

Considerando-se o comprometimento da equipe, 37 enfermeiros acreditam que no atendimento prestado nos serviços de saúde do município, há trabalhadores qualificados e comprometidos com o usuários e vinculação dos serviços de saúde ao SUS (A3). Profissionais, 168, sendo maioria ACS, revelaram, de modo geral, um alto grau de comprometimento com o trabalho que desenvolvem e alta sensibilidade diante das necessidades e problemas da população (A30). Trabalhadores, vinte, indicaram como facilitador para a integralidade uma atitude acolhedora, estabelecendo uma relação de responsabilidade pelo cuidado integral à família e à comunidade (A14, A19).

Quanto à gestão participativa, 37 enfermeiros e vinte profissionais evidenciaram a necessidade de mais atenção, reconhecimento e valorização do trabalhador pelos gestores (A3, A17). Alguns profissionais de 168 ressaltam a necessidade de os demais setores e secretarias municipais conhecerem a lógica do PSF para a consolidação do novo modelo de atenção preconizado (A30).

Em uma UBS observou-se que foi importante a gestão participativa, favorecendo a adesão dos trabalhadores à nova diretriz [acolhimento], tendo o Conselho Local de Saúde um papel importante para a implantação do acolhimento, avisando a comunidade sobre o novo funcionamento da Unidade de Saúde e também foi importante um concorrido debate sobre o acolhimento, promovido pelo Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, que contou com o relato de diferentes experiências de sua implantação. Nesta mesma UBS, observou-se que foi importante o planejamento estratégico situacional, incorporado no instrumental de trabalho da Unidade de Saúde mediante a colaboração do Lapa-Unicamp e com a interferência do Grupo

de Apoio à Gestão [terceiro setor] (A10).

Quanto ao tempo dispendido na assistência, foi observado, nos atendimentos de auxiliares de enfermagem, que houve acolhimento ao cliente quando o tempo dispendido foi igual ou superior a cinco minutos (A5).

Considerando-se a avaliação do acolhimento, trinta profissionais concordaram como imprescindível que todos os profissionais fossem conhecedores do processo de trabalho na UBS, de modo a evitar contradições na orientação dos usuários e definiram também que uma reavaliação do acolhimento seria realizada após seis meses, a fim de identificar possíveis adaptações a serem feitas de modo a manter a coerência do serviço de saúde em relação ao contexto da comunidade por ele assistida (A27).

Em relação às condições de trabalho, mais de 20 trabalhadores e doze enfermeiros entendem que precisam de melhorias para melhorar a humanização, como mais tempo, menos pessoas para atender, melhor espaço físico, mais recursos (A9, A12, A17, A25). Em uma Unidade Distrital de Saúde, observaram-se alguns fatores que podem facilitar a realização do acolhimento: espaço físico que permita conversa e vínculo; espaço limpo, claro e organizado; sinalização adequada; flexibilização do horário de agendamento; prática menos burocratizada (A18).

Quanto à valorização do trabalho, nove uxiliares de enfermagem apontaram que o reconhecimento e a valorização do seu trabalho verbalizada pelos usuários incentivam os auxiliares na sua realização, facilitando o acolhimento (A20). Observações realizadas em três equipes de saúde bucal demonstraram que o PSF possibilita o entrelaçamento das relações e dos afetos entre os trabalhadores de saúde e a comunidade, ao fazer com que a prática ultrapasse os limites da USF (A24).

Considerando-se a adscrição do território, doze profissionais de uma unidade-escola relataram que já conhecem a população da área adstrita pelo nome, isso faz com que a população fique à vontade e confie no profissional, facilitando o encaminhamento de seus problemas de saúde a fim de serem resolvidos (A19). Nove auxiliares de enfermagem relataram

que, antes da implantação da ESF, os trabalhadores já possuíam conhecimento e informações sobre o território, porém, com a adscrição da clientela, este saber tornou-se mais aprofundado, passou a ser sistematizado e apoiado pelas normas da instituição (A20).

Quanto ao entendimento sobre acolhimento, 26 trabalhadores indicaram como facilitador do acolhimento a receptividade da comunidade, a adesão da equipe pela proposta do acolhimento, o que possibilita a busca pelo aperfeiçoamento, integração e relacionamento satisfatório entre a equipe (A11, A28).

Em relação à aceitação do acolhimento, vinte trabalhadores indicaram como facilitador para a integralidade a existência de um espaço de diálogo e vínculo, construído entre trabalhadores e usuários (A14, A19). Em 9 UBS, foram citadas pelos profissionais facilidades para a construção do acolhimento: disponibilidade e integração entre os profissionais, relacionamento satisfatório, disponibilidade da equipe médica para o apoio às atividades da Unidade, entendimento e aceitação do processo por profissionais e usuários, disponibilidade do usuário de "ceder vaga para outro mais grave" (A15).

Considerando-se o trabalho em equipe e a avaliação do desempenho, em uma USF, a existência de um espaço para o planejamento e organização do processo de trabalho da equipe encontrado na reunião dos profissionais permite a oferta de um cuidado mais integral e resolutivo, uma vez que a articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos (A14). Em nove UBS, o trabalho em equipe foi considerado como o mecanismo que levaria à reorganização do processo de trabalho com a construção de uma prática multiprofissional e a adoção de enfoque interdisciplinar; a avaliação de desempenho estabeleceu uma série de parâmetros capazes de avaliar a produção das equipes e representou, ademais, um ganho salarial [definidor para expandir essa estratégia] (A15). Auxiliares de enfermagem, nove, apontaram a importância da sua participação no planejamento e avaliação das ações na USF (A20).

Em relação à divisão de tarefas, vinte profissionais da equipe da ESF

sugeriram para melhorar a humanização da atenção à saúde a adequação das atividades de acordo com o papel profissional, uma vez que profissionais acabam realizando atividades que não lhes são próprias (A17).

Quanto à capacitação das equipes, vinte profissionais da equipe da ESF e doze enfermeiros sugeriram para melhorar a humanização da atenção à saúde formar, capacitar e qualificar profissionais em conformidade com tal princípio (A17, A25). Doze profissionais de uma unidade-escola relataram como elementos indispensáveis à formação do vínculo a organização das equipes e a qualificação dos profissionais para trabalhar no PSF, desta forma, o usuário aproxima-se mais do serviço, sentindo-se acolhido, respeitado e com possibilidade de participar mais das ações em sua comunidade (A19).

Cosiderando-se o registro do acolhimento, observou-se, em dez USF, que esta é uma parte importante, uma vez que é a partir do registro que a equipe pode compartilhar informações sobre o usuário, identificar aspectos familiares que possam estar intervindo no seu processo saúde-doença e possibilitar a continuidade e o acompanhamento da atenção prestada (A9).

Em relação à oferta de serviços de outros profissionais, 37 enfermeiros destacaram essa necessidade, como psicólogos e terapeutas ocupacionais, como forma de promover a saúde dos enfermeiros (A3). Em um Centro de Saúde há uma equipe que compõe o Núcleo de Saúde Mental da unidade, que tem como objetivo acompanhar casos de pacientes que "querem falar dos seus problemas e ser ouvido", fazendo o que eles chamam de aconselhamento e também avaliando a necessidade de encaminhamento para consulta de psicologia ou psiquiatria, quando é o caso. Essa equipe é formada por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e uma médica clínica geral e conta com o apoio matricial de uma psicóloga de um centro de saúde próximo (A29). Em uma UBS, observou-se que os programas [grupos programáticos coordenados pela assistente social] eram considerados como atividade fundamental para garantir a integralidade da assistência, e também fatores importantes na garantia do sucesso do acolhimento. Isto porque resolvem grande parte da demanda, com ações dirigidas para grupos prioritários de atenção à saúde

(A10).

Quanto à realização de concurso, doze profissionais de uma unidade-escola relacionaram esse item, somado ao respeito, como elementos importantes à formação do vínculo, pois contribui para a permanência da ESF na área adscrita, evitando a rotatividade dos profissionais (A19).

Os fatores listados como facilitadores também foram citados pelos trabalhadores em uma UBS como os que corroboram para a resolubilidade da equipe de acolhimento, a saber: 1) discussões permanentes entre a equipe da Unidade de Saúde, para avaliar e reprocessar o acolhimento; 2) capacitação da equipe, adquirida com a própria experiência no atendimento; 3) utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da UBS, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se apresentam no acolhimento; 4) interação da equipe, com enfermeiras e médicos fazendo a retaguarda do acolhimento e a capacitação em serviço; 5) funcionamento dos grupos programáticos, que haviam deixado de funcionar no início da implantação do acolhimento, em razão da prioridade dada ao trabalho exclusivamente assistencial naquele momento específico (A10).

Um estudo fez uma análise comparada entre os municípios com equipes de PSF de seis unidades, e observou-se que os de grande porte têm menos dificuldades que os pequenos na retaguarda assistencial e contam, no geral, com instalações mais adequadas às necessidades do PSF; as equipes dos pequenos municípios demonstraram maior entrosamento das equipes (A30).

5.2.3.5 Influência da formação nas práticas humanizadoras

Resultados incluíram percepções dos profissionais sobre influência da formação inicial e continuada sobre práticas humanizadoras e também sobre conhecimento de PSF e SUS.

Mais de 60 profissionais, incluindo gerentes, relataram necessidade de maior treinamento e maior conscientização sobre o processo [acolhimento/humanização] (A15, A17, A25). Destes, nove enfermeiros destacaram a necessidade de treinamento dos profissionais e da

conformação e funcionamento de equipes multiprofissionais [para implantar o acolhimento] (A15).

Em uma USF, observou-se o descompasso entre as expectativas e necessidades de cuidado por parte do usuário e formação específica do trabalhador, o que se configura em um impasse para a construção de um projeto terapêutico compartilhado (A2).

Estudos relataram dificuldades com treinamento de recursos humanos para atuar na APS e com práticas humanizadoras (A2, A15, A17, A25, A30). Profissionais de seis UBS relataram que as deficiências [no treinamento] incluem, em alguns casos, a não realização do treinamento introdutório, considerada condição indispensável para iniciar o trabalho de qualquer equipe [de PSF]. Algumas queixas remetem aos critérios para inserção nos treinamentos oferecidos às equipes [somente alguns profissionais podem participar]. Grande maioria dos 168 profissionais destacou a falta de capacitação para o trabalho no PSF e na saúde coletiva como um todo, com destaque para a ausência de treinamento da dentista e das auxiliares de enfermagem (A30).

Profissionais relataram experiências de treinamentos/oficinas sobre acolhimento no trabalho (A30). Cirurgiões-dentistas, dezesseis, relataram que aconteceram oficinas sobre acolhimento nas regionais, além de cursos/encontros realizados em alguns centros de saúde, e, nestes, apresentou-se a visão mais ampla do acolhimento como diretriz que deve estar presente em todos os momentos dos processos de saúde, produzindo escuta e diálogo entre profissional e usuário (A22).

Um município apresentou estratégias de educação permanente, inclusive com ofertas de cursos sobre humanização do atendimento e saúde mental, entre outros; nesse município, os auxiliares e ACS referiram a participação frequente em atividades de treinamento e formação em saúde (A30).

Uma equipe de ESF tem projeto de Educação Permanente para formar e qualificar os profissionais em conformidade com os princípios da política de humanização. As ideias destacadas se referem à necessidade de capacitação profissional, principalmente por ocasião da admissão, para estes

atuarem nos serviços de saúde e formação voltada para aspectos humanizados do cuidado (A17).

Em relação ao conhecimento de PSF e SUS, um estudo relatou que profissionais formados há mais de 10 teriam maior conhecimento (A16) e outro, em relação aos cirurgiões-dentistas, relatou menor conhecimento desses profissionais em relação ao SUS, com o mesmo tempo de formado (A2). Outros profissionais relataram que a formação recebida na graduação não prepara para atuar no PSF (A30), independente do tempo de formado.

Em cinco USF, 2/3 cirurgiões dentistas possuem mais de 10 anos de formação e, grande parte, diplomada por universidades estaduais e federais; a maior parte trabalha no PSF há mais de 4 anos, na mesma unidade; estes foram contratados para atuar nas USF sem a realização prévia de uma seleção e através de "conhecidos" conseguiram uma indicação. Estes profissionais desconhecem, em alguns aspectos, as diretrizes e a forma de funcionamento do PSF e do SUS (A2).

Dentre 47 profissionais, aqueles que foram graduados há mais 10 anos têm proximidade conceitual com o ordenamento jurídico do SUS, destes, 44 têm especialização na área de saúde pública, sendo que esse tipo de especialização apresenta em seus conteúdos temas como políticas de saúde do Brasil com ênfase ao Sistema Único de Saúde (A16).

5.2.3.6 Interface da relação profissional-usuário com as práticas humanizadoras

Resultados apresentaram percepções dos profissionais sobre usuários e sobre a relação profissional-usuário e como essa relação tem alterado com a implementação ou não de práticas humanizadoras.

Em dez USF, a relação profissionais-usuários foi descrita como tensa (A9), sendo que alguns profissionais tinham opiniões sobre os usuários, descrevendo-os como teimosos, descompromissados e dependentes emocionais (A26), com necessidades curativas e biológicas (A4, A9, A26, A27), não sabendo valorizar o trabalho realizado na APS (A2, A20, A26). Outros profissionais descreveram a relação com usuários

como solidária, respeitosa, complexa, singular e satisfatória, capaz de formar vínculo e promover cidadania (A2, A7, A18, A19, A21, A26, A29).

Em dez USF, observou-se que a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário do serviço, que se estabelecia no acolhimento, era marcada pela tensão, pois os usuários chegavam ansiosos e os trabalhadores buscavam atendê-los, de forma a acalmá-los, escutando-os com atenção (A9). Oito trabalhadores destacaram que a recepção não facilita o acesso aos serviços de saúde, mas ressaltam que, depois de ultrapassada essa barreira, ocorre o encontro entre trabalhador e usuário, conformando um espaço no qual se buscam respostas para as necessidades de saúde (A14).

Em relação à opinião de profissionais sobre usuários, dezenove trabalhadores e gestores revelaram descrições de um perfil comum de usuários, pessoas com necessidades, via de regra, de atenção curativa. Resulta desta interação uma atenção que desqualifica o usuário como protagonista da sua saúde e o personifica apenas com características fisiopatológicas, por conseguinte, esses sujeitos, destituídos de suas características subjetivas, diante da heteronomia profissional, reproduzem papéis a eles atribuídos. Esses sujeitos são privados do pensamento e da prática individual autônoma (A4). Em dez USF, observou-se que a escuta que se tem feito do usuário que procura o serviço no acolhimento é clínica, focalizada nas queixas e, portanto, a intervenção realizada é pontual, pouco resolutiva e não construtora de vínculo, contribuindo pouco para a autonomização do usuário e para a implementação de práticas de saúde que extrapolem a abordagem de natureza clínica e individual (A9). A enfermeira da ESF, diante de um paciente portador de uma doença terminal, apoia-se na hipótese de que "não há mais nada a se fazer", tomando o usuário como um corpo que porta necessidades biológicas (A26). Trinta profissionais relataram que a comunidade associa acolhimento com consulta médica (A27) e nove auxiliares de enfermagem relataram a dificuldade em trabalhar com a concepção de atendimento em saúde por parte do usuário (A20).

A respeito da percepção dos usuários como dependentes, um dos trabalhadores da ESF caracteriza os usuários que "batem ponto" no serviço como dependentes emocionais, sem questionar o porquê dessa atitude

(A26). Uma auxiliar de enfermagem da ESF identificou o uso de cigarro e bebida alcoólica como um quadro estático, não problematizando a situação de vida dos envolvidos (A26). Foi observado, em uma ESF, a indiferença da equipe diante do relato da Agente Comunitária de Saúde sobre um recém-nascido que ainda não realizou o teste do pezinho. A enfermeira diz que não tomará nenhuma atitude, pois a mãe tem responsabilidades com os filhos (A26). Um trabalhador da ESF refere-se ao usuário como "teimoso" (A26).

Sobre a falta de valorização do trabalho realizado na APS, em uma USF, os trabalhadores de saúde referiam não se sentir à vontade na unidade para ampliar o atendimento a alguns usuários. Também foi motivo de insatisfação a postura de outros trabalhadores durante o atendimento ao usuário: "no serviço público a pessoa vem, é destratada e continua no mesmo" (A2). Nove auxiliares de enfermagem relataram que se ressentem pela não valorização pela comunidade do seu trabalho e do atendimento oferecido na USF e acreditam que esta postura ocorre devido ao desconhecimento que o usuário tem do trabalho realizado (A20). Alguns trabalhadores da ESF foram da opinião de que os usuários deveriam pagar pelos serviços (A26).

Em relação à construção de uma relação respeitosa, em uma Unidade Distrital de Saúde, foi observado e também citado pelos trabalhadores o cuidado com a aparência e a vestimenta pelos usuários, demonstrando preocupação em se apresentar da melhor maneira possível, preparando-se para a relação que irá construir (A18).

Em uma USF, observou-se uma ação mais solidária [entre trabalhadores e usuários] (A2). Profissionais de enfermagem, onze, fizeram referência à necessidade de respeitar o usuário, vendo-o como ser humano para estabelecer a relação trabalhador-usuário (A21).

Sobre a descrição da relação-profissional como complexa, observou-se que, em centros de saúde, entre os trabalhadores é comum a percepção de que os usuários muitas vezes procuram o serviço buscando uma oportunidade para falar dos seus problemas e serem ouvidos. No entanto, em uma unidade, há um esquema mais estruturado para atendimento dessa necessidade dos usuários: o trabalhador não escuta o que o usuário diz com

o entendimento de que ele precisa apenas falar, como se a escuta, pura e simples, fosse a resposta necessária. A partir dessa escuta inicial, se a equipe julga necessário, um trabalho de acompanhamento é desencadeado (A29).

Profissionais relataram que a relação com os usuários nas unidades tem melhorado com a implementação de práticas humanizadoras, como o acolhimento (A6, A10, A27, A29), a adscrição da clientela (A20) e a comunicação (A2, A21, A24, A26, A27); ainda que problemas tenham sido citados, tais como dificuldade de expressão dos usuários (A7, A18) e diferença entre profissionais no processo de orientação dos usuários (A2, A26).

Em relação às melhorias com a implementação do acolhimento, trinta profissionais relataram que, com o acolhimento, busca-se evitar que o usuário deixe de comparecer a consultas marcadas com prazos mais longos, já que, nesse meio tempo, ele poderá buscar outras formas de resolver suas queixas com possíveis riscos envolvidos, como, por exemplo, a automedicação (A27). Profissionais de um centro de saúde destacaram que a mudança ocorrida na recepção [com o acolhimento] foi fundamental para a transformação da relação entre trabalhadores e usuários. A retirada da grade da recepção e a possibilidade de receber os usuários numa sala, ouvir o que eles têm a dizer, avaliar a queixa, oferecer as possibilidades disponíveis, mesmo que essas ainda sejam restritas, aparece como fator desencadeador de uma relação mais respeitosa entre trabalhadores e usuários. O serviço passa a receber os usuários de uma outra forma, com mais espaço para o diálogo, e os usuários se sentem mais "acolhidos", o que diminui a ocorrência de conflitos e agressões, mesmo havendo ainda espera e falta de vagas (A29).

Em uma UBS antes do acolhimento, a relação trabalhador-usuário sofria de crônica degeneração, causada pela alienação dos trabalhadores pelo seu processo de trabalho, e os trabalhadores, embora conscientes, sentiam-se impotentes e lamentavam a situação (A10). Enfermeiros, dezessete, referiram que o processo de acolhimento tem como finalidade estabelecer vínculo de confiança e maior aproximação com os clientes da comunidade, fornecer apoio e segurança e diminuir a demanda de

intercorrências por meio que os clientes utilizem a UBS como porta de entrada para os serviços em saúde (A6).

Em relação à adscrição da clientela, em uma USF, para alguns trabalhadores, as relações interpessoais são consideradas facilitadas pelos usuários e vice-versa, em relação ao turno de trabalho, mas percebeu-se um vácuo de informações e de relações entre os turnos (A2). Em uma USF, observou-se certa relação de confiança entre a enfermeira, algumas auxiliares e alguns usuários (A2). Alguns trabalhadores relatam que as relações entre usuários e trabalhadores são tidas como relações entre semelhantes, além de valorizarem a participação e a união de todos na tentativa de oferecer o melhor que o serviço dispõe (A7). Doze profissionais de uma unidade-escola relataram que já têm uma aproximação com o usuário, de forma que os usuários já os procuram para esclarecer dúvidas, solicitar visita domiciliar a um parente acamado ou com dificuldade de locomoção, por exemplo. No momento da triagem, como foi relatado por alguns profissionais, os usuários já identificam os profissionais e a equipe na qual estão inseridos (A19). Nove auxiliares de enfermagem relataram que a adscrição da clientela assistida pela equipe permitiu um maior conhecimento da comunidade e de seus problemas de saúde, fazendo com que os usuários que não eram atendidos pela USF de referência fossem visitados e acompanhados pela equipe responsável (A20). Profissionais de enfermagem, onze, destacaram que a relação profissional – usuário precisa levar em conta os aspectos relacionados à humanização da assistência, é indispensável conhecer as necessidades dos pacientes, pois, para o enfermeiro poder cuidar do ser humano como um todo, valorizando-o com sua singularidade, precisa estar ciente da realidade vivenciada por este ser. (A21). Observou-se que cada usuário que entrava e saía do consultório [de saúde bucal] demonstrava satisfação quanto ao tratamento relacional proporcionado pelo profissional, ainda que alguns tenham se mostrado insatisfeitos com relação ao procedimento realizado (A24).

Quanto à comunicação, em uma USF a iniciativa da comunicação dialógica era sempre do usuário, apesar dos trabalhadores afirmarem sentirem-se integrados nos seus respectivos turnos e assegurarem que há um

trabalho em equipe na unidade (A2). Trabalhadores de seis UBS revelam que a falta de comunicação dentro da própria unidade de saúde dificulta as relações entre estes e os usuários (A7). Alguns profissionais referem-se aos usuários como culpados pelas situações desumanizantes nas unidades [não sabem se expressar] (A7). Onze profissionais destacaram que o diálogo favorece aproximação e uma perfeita relação entre paciente e profissional (A21). Em três USF, os usuários referiam os seus problemas ou os tratamentos que desejavam (A24). Foi observado, em uma ESF que, em alguns atendimentos, apesar da solicitação de informação do paciente, que demonstra sua necessidade de se tornar mais conhecedor da própria doença, a auxiliar não elege isso como necessidade de saúde (A26). Foi observado em uma ESF que a enfermeira considera como trabalho da equipe a orientação dos direitos dos usuários, promovendo assim sua cidadania, e pode-se perceber que, quando as atividades são desenvolvidas pelas agentes comunitárias ou pela enfermeira, de fato existe participação da comunidade no planejamento das atividades (A26). Profissionais, trinta, relataram que, no período inicial de implantação do acolhimento, os ACS divulgavam as mudanças quando de suas visitas domiciliárias, sendo o mesmo feito diariamente pelas enfermeiras na sala de espera da unidade (A27).

Em relação à comunicação, em uma Unidade Distrital de Saúde o serviço como um todo, por meio de seus trabalhadores, deve considerar a sinalização tal como se encontra, orientando os usuários, segundo suas necessidades, ficando, assim, atentos para identificar, dentre o conjunto de usuários, aqueles que apresentam, no momento, dificuldades em se localizar espacialmente na unidade de saúde, seja por limitação de escolaridade seja por dificuldades circunstanciais como dor, ansiedade, medo, em um exercício constante da equidade e acessibilidade (A18).

Ainda sobre comunicação, 191 médicos informaram que recebem feedback de seus pacientes sobre experiências de cuidado, 159 médicos indicam que as pesquisas com paciente são um fator maior ou menor em sua remuneração, 293 médicos pensam que os seus dados de desempenho devem ser compartilhados com seus pacientes (definitivamente ou provavelmente), 69 estavam em acordo definitivo (A1).

Profissionais destacaram muitos problemas na relação com usuário relacionados à falta de práticas humanizadoras, como o acesso, especialmente em relação aos horários da unidade para atendimento, consultas e retirada de fichas (A2, A7, A18, A20, A22, A24, A26) e encaminhamento (A2, A7, A30).

Em uma USF, observou-se que os usuários se concentram no início de cada turno e no período das consultas (A2). Alguns trabalhadores revelam que o descumprimento dos horários de trabalho pode gerar descrédito por parte da população e dos próprios trabalhadores (A7). Em uma Unidade Distrital de Saúde, observou-se que o agendamento de horário para que todos os pacientes cheguem na mesma hora, e não o horário de seu atendimento específico, ocasiona choque entre a estruturação do serviço e a expectativa do usuário, que, por consequência, gera nos usuários certa falta de disponibilidade em se relacionar com os trabalhadores de saúde, no caso as auxiliares de enfermagem, que são responsabilizadas pelo não atendimento, conforme o programado, demonstrando falta de credibilidade e confiança o que, certamente, refletirá no vínculo trabalhador/usuário e no acolhimento a esse usuário (A18, A20).

Em uma Unidade Distrital de Saúde tanto o agendamento por horário como a normatização de fluxo de entrada dos usuários na unidade apresenta mais a tônica de disciplinar o usuário do que o intuito de a unidade de saúde voltar a atenção para ele. Essa disciplinarização evidencia a presença histórica do poder na relação trabalhador/ usuário desde a preparação das mesmas. No cotidiano, o que aparece como predominante é o usuário submetendo-se a essas normatizações e poderes do serviço e dos trabalhadores, nesse processo de disciplinarização, que enquadra a demanda à oferta de atenção, ao cardápio disponível. O trabalhador, por sua vez, pode fazer uso mais livremente desse poder, utilizando-o das mais diversas formas no espaço de intercessão com o usuário, evidenciando ainda mais seu poder ou utilizando-o em relação mais horizontal em que ambos estão juntos na construção de uma resposta para o problema apresentado pelo usuário (A18). Foi observado, nos Centros de Saúde da Família, que o acolhimento tem sido fonte de insatisfação do usuário, com o processo de

trabalho, a organização da demanda realizada pela equipe e consequente falta de acesso ao serviço (A22). Trabalhadores de saúde, dezessete, estabelecem interfaces entre si e com os usuários em espaços distintos e inusitados (USF, domicílios, escolas, ruas, igrejas, entre outros), muitas vezes além do território de adscrição, configurando-se, portanto, num complexo mosaico no qual acolhimento e vínculo podem (ou não) estar intermediando os encontros (A24).

As observações realizadas em três USF demonstram o nível de desumanização na relação usuário-recepção, evidenciado na procura por consultas, uma situação em que não há garantia de vagas para todos. A limitação no número de consultas impõe uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar cada vez mais cedo, de modo a garantir o acesso, o que se configura como um serviço excludente, conflituoso e tenso, caracterizando-se quase como uma seleção natural, na qual só os mais fortes conseguem sobressair. As observações comprovam que a grande maioria dos que ficam na fila é composta de adolescentes e adultos jovens, ao passo que as pessoas que trabalham, os idosos e as donas de casa acabam por ter dificuldade nesse tipo de organização (A24). Foi observado, em uma ESF, que a população está sendo desumanamente tratada, tendo que enfrentar fila na madrugada [para pegar senhas para o acesso à consulta médica] (A26).

Ainda em relação ao acesso, foi observado, em uma ESF, que, diante de uma situação de revolta do usuário devido à falta de medicamento, a auxiliar diz entendê-lo. No entanto, coloca-se numa posição de espectadora, quando afirma não ter nada a ver com o problema. Enquanto espectadora, não divide a responsabilidade e não reconhece os direitos dos cidadãos, tornando-os objetos (A26).

Em uma USF, houve depoimentos de usuários que questionaram a descontinuidade do cuidado, já que o usuário vem a cada três meses e nem sempre para o mesmo trabalhador (A2). Quinze profissionais de cinco USF relataram que o encaminhamento dos pacientes era realizado sempre que necessário, mas, em muitos casos, o atendimento não é alcançado e os usuários se veem desnorteados, obrigados a recorrer a outros meios [serviço particular] para conseguir o tratamento ou se desligam do sistema, não

retornando aos serviços da APS (A2). Observou-se, nas unidades, que, quando não consegue encaminhamento, o usuário fica esperando. Nessa espera, muitas vezes a doença se agrava e os que dispõem de melhores condições ou da ajuda de familiares pagam por atendimento especializado (A7). Alguns profissionais de 168 relataram que a falta de colaboração por parte de profissionais que atuam em outros níveis de atenção contribui para a "peregrinação" dos usuários e para sua insatisfação, tendo em vista as dificuldades de acesso (A30).

5.2.3.7 Interface do trabalho em equipe com as práticas humanizadoras

Em relação à interface do trabalho em equipe e as práticas humanizadoras, os resultados indicaram o trabalho em equipe como presente em alguns serviços (A2, A5, A10, A14, A30), ausente em outros (A2, A5, A13, A15, A18, A20, A24, A26, A30) e presente às vezes (A23). Profissionais identificaram como necessário realizar avanços na prática em saúde interdisciplinar para melhorar a oferta de práticas humanizadoras na APS (A30).

Em relação à percepção do trabalho em equipe como presente, em uma USF trabalhadores afirmaram sentir-se integrados nos seus respectivos turnos e asseguraram que há um trabalho em equipe na unidade. Observou-se que os ACS apresentam-se efetivamente vinculados à comunidade (A2). Em uma UBS, foi verificado que a gerente está atenta à realização das atividades assistenciais desenvolvidas pelos profissionais dentro e fora da unidade, como, por exemplo, avaliação dos relatórios das visitas domiciliárias realizadas, encaminhamentos de cartas a clientes faltosos na sala de vacinação e outras. Nesta unidade, é determinado pela gerente que se faça mensalmente um rodízio na escala das auxiliares que prestam atendimento nas salas da clínica médica e pediatria (A5). Em uma USF, acontece, semanalmente, uma reunião com a presença de todos os trabalhadores, configurando um espaço para o planejamento das ações e articulação das práticas voltadas para o cuidado integral. Neste momento, também é organizado o processo de trabalho da equipe, buscando uma

conexão entre as várias ações desenvolvidas pelos diversos profissionais. Mais tarde, as equipes se reúnem separadamente para discutir assuntos pertinentes a sua área de abrangência; oito trabalhadores destacaram que o espaço destinado à reunião é bastante valorizado, pois, além de se configurar como uma ocasião para o enfrentamento de problemas, também é um momento para o planejamento conjunto das ações e negociação das decisões sobre os cuidados à população, onde todos estão à vontade para dar sua contribuição (A14). Profissionais de seis UBS relataram realizar discussão de casos com outros colegas e a programação de atividades educativas e sociais fora do horário regular de trabalho (A30). Ao explorar a percepção sobre as relações interpessoais, dinâmica do trabalho em equipe e definição de papéis e atribuições, os profissionais de seis UBS referiram ter uma boa convivência em equipe, classificando as relações entre eles como boas, cordiais, amigáveis; enfatizaram a importância do diálogo como via de superação dos momentos de conflitos e dificuldades no relacionamento (A30). Os depoimentos dos profissionais de seis UBS apontam que a proximidade, a intimidade ou a confiança entre eles estão associadas com o tempo de consolidação das equipes, sua estabilidade e o grau de articulação ou interdependência entre as atividades desenvolvidas na USF (A30). Em uma UBS, observou-se que o acolhimento, ao reprocessar o trabalho na Unidade de Saúde, com base na formação de uma equipe multiprofissional, a equipe de acolhimento, conseguiu quebrar a verticalidade da organização do trabalho na Unidade, mexendo radicalmente no processo de trabalho dos profissionais não médicos, mas não foi possível romper com a lógica do trabalho médico, que se dá em torno da agenda/consulta (A10).

Ainda em relação à percepção do trabalho em equipe, alguns de quinze profissionais relataram que o trabalho interativo [em equipe] na Unidade às vezes existe e outras vezes falta. A observação realizada nos serviços confirma essa percepção, o que traz grande desconforto entre os trabalhadores, evidenciando processos de trabalho que não se comunicam entre si, com condutas preferencialmente individualizadas. Mesmo assim, também foi percebido que a integralidade pode acontecer como fruto de ações individuais que não trabalhem isoladas, mas que, antes, se somem na

produção do cuidado integral (A23).

Em relação à percepção da falta de trabalho em equipe, em uma USF, os trabalhadores sentem-se pouco valorizados, sem vocalização e sem a formação necessária para atuar (A2). Em uma USF, a maioria dos trabalhadores manifestou encontrar-se adaptada às rotinas (A2). Em uma USF, observou-se que a enfermagem, mais precisamente a enfermeira, surge como centro do processo de cuidar, trabalhadora-chave tanto dos serviços quanto dos usuários. Observou-se o excesso de tarefas dessa trabalhadora, como também o estresse em que ela se debate. Ao mesmo tempo, houve relato em relação à ausência da enfermeira em determinado turno de trabalho, rotatividade e vínculo precarizado, o que compromete ainda mais o cuidado (A2). Em uma USF, não foram percebidas ações conjuntas voltadas para a integralidade, ao contrário, elas se revelaram paralelas, frágeis, pouco resolutivas e, ao que tudo indica, sem momentos de reflexões, com cada trabalhador agindo no seu espaço de "poder", sem articulação com os demais e centrado nas consultas, em particular com o trabalhador médico. (A2). Em uma USF, percebeu-se um vazio de cuidado em relação às ações da nutricionista, que atende, uma vez por semana, doze pessoas, o que se configura insuficiente para as necessidades dos usuários da unidade (A2). Em uma UBS, observou-se que a gerente tem maior preocupação com as questões administrativas, como a maneira de proceder com clientes que pertencem a outras unidades, retornos, escalas de funcionários, etc. O rodízio da escala das auxiliares é feito semanalmente nas salas de ginecologia e clínica médica (A5). Dez trabalhadores relataram um trabalho em equipe fragmentado e com pouca comunicação (A13). Em nove UBS, o acolhimento teve adesão especialmente dos auxiliares de enfermagem e das enfermeiras, os demais profissionais têm aderido ao processo de forma crescente; a responsabilidade pelo acolhimento está centrada nos auxiliares de enfermagem, que assumem fazer a escuta e estabelecer a resolução ou fluxo no interior da unidade, os profissionais não se articulam para distribuir os serviços segundo o critério das necessidades de saúde apresentadas, dentro de uma visão de atenção integral dirigida a indivíduos e grupos da comunidade (A15).

Ainda em relação à falta de trabalho em equipe, um dos dois médicos de uma Unidade Distrital de Saúde referiu que, apesar de ouvir os gritos do conflito entre as auxiliares e os usuários, não sai do consultório, isto é, não ajuda, não sabe nem se o usuário foi atendido ou não. Reconhece o problema, mas não se envolve. A forma de atuação descrita pelo profissional leva a se pensar que esse está preso a uma matriz de divisão de trabalho, onde o médico só consulta, e os problemas da recepção e agendamento dos usuários, de preparação das condições de atendimento, da escuta às expectativas que os usuários depositam no serviço de saúde são da competência das auxiliares de enfermagem ou de qualquer outro trabalhador que atue fora do consultório médico (A18). Nove auxiliares de enfermagem relataram que a não vinculação de todos os auxiliares de enfermagem às equipes fez com que aqueles que não realizaram expansão da carga horária não se sintam integrantes da equipe Saúde da Família e não realizem atividades externas a USF. Porém, estes profissionais reconhecem o PSF como uma estratégia importante da atual organização dos serviços da atenção básica (A20). Observou-se, em três USF, que dezessete trabalhadores estavam distantes de práticas interdisciplinares, pois, ainda que compartilhassem o mesmo espaço de trabalho, a prática permanecia centrada no núcleo de conhecimento de cada trabalhador, ocasionando um desencontro dos saberes; os trabalhadores das diversas áreas cristalizam, através da divisão técnica do trabalho, um afastamento daquilo que julgam não ser de sua competência (A24). Observou-se, em três USF, responsabilizações delimitadas aos problemas exclusivos da boca para a equipe de saúde bucal, não estabelecendo interconexões e complementaridades com as práticas desenvolvidas pelos outros trabalhadores que atuam no PSF (A24). Foi observado, em uma ESF, que o potencial da enfermeira não está sendo plenamente utilizado nos serviços de saúde e ela vem executando ações do auxiliar de enfermagem. Apesar da dedicação exclusiva ao PSF, a enfermeira não se constitui enquanto referência para as auxiliares. O profissional solicitado é o médico e não a enfermeira, mesmo para casos de sua competência. A enfermeira escolhe desenvolver atividades de prevenção e promoção, em detrimento de ações

clínicas, justificada pela dificuldade em garantir à população seu direito à assistência (A26). Profissionais de seis UBS relataram o distanciamento físico e organizacional dos odontólogos das equipes, e os profissionais expressaram claramente sua exclusão do cotidiano do trabalho da equipe e da comunidade (A30).

Profissionais de seis UBS relataram que mudanças no processo de organização do trabalho e do serviço ainda são muito tênues. É patente, por exemplo, a dificuldade em superar a fragmentação do trabalho e construir uma prática interdisciplinar (A30). Ainda que os profissionais de seis UBS tenham apontado de forma recorrente o trabalho em equipe como um elemento bastante importante para a ruptura com o modelo assistencial tradicional, evidenciou-se que a concepção de um trabalho interdisciplinar, pautado na articulação entre os diferentes saberes e práticas, preconizado tanto pelo PSF como pela PNH, constitui ainda um desafio para as equipes (A30).

Mais de 500 profissionais relataram que o trabalho em equipe melhora a qualidade do atendimento (A1, A6, A16, A20, A23, A25), menos de 200 relataram que o trabalho realizado em equipe é mais pesado e complexo (A2, A29).

Em relação à percepção que o trabalho em equipe melhora a qualidade, 463 médicos concordam ou concordam fortemente que melhor trabalho em equipe e melhor comunicação entre profissionais podem ser eficientes para melhorar a qualidade do cuidado com os pacientes; e 388 médicos concordam que melhorar o cuidado resulta de melhores decisões de cuidados realizadas em equipe (A1). Enfermeiros, dezessete, referiram que o processo de acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os trabalhadores da ESF a cumprirem as metas do programa, a melhorarem o trabalho e a realizarem um bom atendimento e encaminhamento, predispondo a resolutividade dos problemas pelo oferecimento de cuidados em saúde que disponibilizam todos os níveis de atenção, considerando a realidade dos clientes (A6). Profissionais, 47 majoritariamente especialistas em saúde pública, apontaram a necessidade e a importância do trabalho em equipe, uma vez que permite maiores

discussões e uma maior resolubilidade do problema, além de fortalecer a organização e gestão dos serviços (A16). Auxiliares de enfermagem, nove, relataram que o diálogo, a discussão sobre os problemas apresentados pelos usuários, a troca de informações entre a equipe, é referida como a possibilidade de desencadear compromisso e responsabilidade no atendimento ao usuário (A20). Alguns de quinze profissionais descreveram integralidade como algo que se manifesta no trabalho em equipe, saindo do trabalho individual, a partir de um único objetivo no que se refere à padronização de ações da equipe, evitando que condutas diversificadas interfiram na produção do cuidado integral (A23). Alguns de quinze profissionais relataram a importância da intrumentalização das relações entre os trabalhadores e a responsabilidade profissional como algo necessário para que a integralidade se suceda, ou seja, o compromisso com a equipe na produção de saúde e a superação da departamentalização da saúde [setores e profissionais] (A23). A maioria de doze enfermeiros apontou a própria conduta individual [humanizada] como sendo fator capaz de influenciar diretamente o comportamento dos outros membros da equipe (A25).

Ainda quanto à melhora da qualidade, 112 médicos sempre ou frequentemente têm dados indicando a qualidade de um médico para fazer referências de cuidados e 394 médicos pensam que ter melhores informações para encaminhar os pacientes para o melhores médicos especialistas e centros seria eficaz na melhoria da assistência ao paciente (A1).

Em relação à compreensão de que o trabalho em equipe deixa o processo mais complexo, 175 médicos indicaram que "o trabalho em equipe faz o processo de cuidado ficar mais pesado” e 112 médicos disseram que concordavam ou fortemente concordaram que "o envolvimento de vários membros da equipe aumenta a probabilidade de erros médicos" (A1). Em quatro centros de saúde, observou-se que a equipe considera o trabalho no acolhimento muito complexo e, quando questionada sobre a razão dessa percepção da equipe, afirmou que essa complexidade relaciona-se à exigência do trabalho em equipe para a resolução dos problemas

identificados pelo acolhimento; à necessidade de comprometimento do trabalhador com o usuário, por causa da escuta da demanda trazida por ele; e ao sofrimento decorrente da responsabilidade por acolher (e supostamente dar resposta a) os problemas e as necessidades dos usuários (A29).

A gestão democrática e uma adequada divisão de tarefas e paéeis profissionais foram indicadas como promotoras do trabalho em equipe, com o objetivo de evitar práticas médico-centradas, alienação e isolamento de trabalhadores (A10, A20, A29, A30). O acolhimento proporcionou mudanças no processo de trabalho da equipe de enfermagem (A10).

Em relação à gestão, nove auxiliares de enfermagem relataram que a gerência deve assumir postura de liderança, estimulando a reflexão e envolvimento dos trabalhadores com os objetivos institucionais de forma a atender às necessidades de saúde da população; as características do trabalho de gerência desempenhado pelas enfermeiras coordenadoras da USF são vistas como determinantes para estimular na equipe de trabalhadores a utilização do conhecimento dos problemas de saúde, dos indicadores de saúde e situações de risco da comunidade para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas. No entanto, ficou evidenciado que nem todos os enfermeiros coordenadores possuíam preparo específico para essa função (A20). Algumas das seis unidades possuem a figura do gerente, cuja relação com a equipe é apresentada ora como conflitante, ora como pacífica. Um dos obstáculos a uma maior integração e articulação na equipe é a falta de clareza ou um entendimento impreciso das competências entre os trabalhos dos diferentes profissionais, que repercute negativamente no compartilhamento das ações (A30).

Quanto às mudanças no trabalho da equipe de enfermagem, em quatro centros de saúde observou-se que ainda que o acolhimento permaneça sendo entendido predominantemente como um dispositivo, ainda que funcione em uma lógica médico-centrada, marcado pela baixa resolubilidade e baixa autonomia da enfermagem, este rearranjou a prática de enfermagem nas unidades. Uma consequência importante trazida pelo acolhimento parece ser a re-significação do trabalho para os auxiliares de enfermagem. O atendimento de enfermagem prestado no acolhimento, nas

diferentes formas em que ele foi organizado em cada unidade, trouxe novas possibilidades para o cotidiano do trabalho do auxiliar de enfermagem, incorporando algum grau de satisfação e conferindo um novo significado ao trabalho (A29). Uma das auxiliares de enfermagem afirmou que o acolhimento trouxe para ela uma nova possibilidade, que a fez sentir-se mais capacitada, mais autônoma e mais segura. De um trabalho monótono, restrito, com pouco espaço para a interação com o usuário e pequena relação com o que se idealiza como "trabalhar em saúde" [previamente dispensava remédios na farmácia], ela passou a fazer atendimentos, ouvir, ajudar, passou a relacionar-se diretamente com os usuários, a supostamente resolver problemas e dar respostas a necessidades (A29). Uma UBS trabalhando no modelo anterior [ao acolhimento] apresentava assistência centrada no médico e o enfermeiro não realizava todo o seu potencial técnico, reduzindo sua capacidade de intervenção (A10). Em uma UBS o acolhimento modificou radicalmente o processo de trabalho, principalmente sobre os profissionais não médicos que fazem a assistência: a enfermeira, a assistente social, a técnica e a auxiliar de enfermagem (A10). Em uma UBS, observou-se que a enfermeira, além de acolher, garante a retaguarda do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem. Contribuem nesse processo os protocolos, que orientam sobre os procedimentos a serem adotados pela equipe de acolhimento (A10). Em uma UBS a enfermeira, além de utilizar todo seu arsenal técnico com a reorganização do processo de trabalho [pelo acolhimento], vê-se dotada de maior autonomia na função que exerce, como o exercício pleno do 'saber-fazer' no momento do procedimento assistencial (A10). Uma UBS em relação à auxiliar de enfermagem, seu trabalho anterior à implantação do acolhimento resumia-se às atividades próprias da sua função (curativo, injeção, vacina, distribuição de medicamentos) e ao apoio aos médicos. Com o acolhimento, a relação da auxiliar com os médicos é do acolhimento para a retaguarda, após realizar a escuta do problema de saúde do usuário; ou seja, é uma relação circunscrita ao exercício multiprofissional (A10). Em uma UBS o processo de trabalho dos médicos não foi modificado tanto quanto seria necessário para causar impacto na assistência, a partir da sua atividade específica. O trabalho destes

profissionais foi organizado de tal forma que eles ficaram, às vezes, na retaguarda (consultas aos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento) e, outras vezes, na equipe de acolhimento. Houve inclusive redução do agendamento, porém sem grande sucesso na sua inserção no novo modelo. O trabalho médico permanecia incólume à velha lógica da consulta/agenda, determinante neste processo (A10).

A falta de comunicação foi indicada pelos profissionais como um entrave para a realização do trabalho em equipe, e estes citaram ainda problemas relacionados à hierarquia, à gestão, à concentração de tarefas e à falta de comprometimento dos profissionais com o acolhimento (A2, A7, A10, A20, A29, A30).

Em relação aos problemas para desempenhar o trabalho em equipe, em uma USF, vários trabalhadores questionaram a política municipal de gestão do trabalho e de organização dos serviços e falaram do aumento das atividades com o mesmo quantitativo de pessoas, com diminuição do tempo dedicado a cada grupo específico, em particular em relação às ações da enfermeira (A2). Observou-se, nas entrevistas com os profissionais, que alguns cirurgiões- dentistas acabam por se excluírem da ESF, muitas vezes, devido à sua formação acadêmica que não os preparou para uma atuação adequada no serviço público, promovendo, assim, a desarticulação no andamento das ações que devem ter caráter integral (A2). Alguns trabalhadores relataram que outros trabalhadores são muito fechados, colocando-se em situação de superioridade sobre o outro; alguns trabalhadores referem-se dessa forma aos outros trabalhadores de formação universitária, tais como médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. (A7). Trabalhadores de seis UBS revelam que a falta de comunicação dentro da própria unidade de saúde dificulta as relações entre os trabalhadores. Isso pode gerar erros de interpretação e conflitos pessoais devido ao trabalho individualizado. Sem comunicação, os sujeitos ficam excluídos da dinâmica do serviço (A7).

Auxiliares de enfermagem, nove, relataram que o cotidiano do trabalho também dificulta as inter-relações entre os trabalhadores: dificuldades internas e externas para o agendamento de consultas por

horário e a incorporação destas alternativas em função do atraso do médico e do usuário quanto ao horário agendado geram conflitos entre a equipe e a população, e há ainda o entendimento de alguns funcionários de que o usuário do SUS pode esperar pelo seu atendimento. Isso tudo faz com que a equipe recue nas propostas de mudança (A20). Em quatro centros de saúde, observou-se que o auxiliar de enfermagem, na maioria das vezes, foi designado como o trabalhador responsável pelo acolhimento, enquanto etapa do processo de trabalho. Da forma como o acolhimento foi organizado e tem acontecido frequentemente nas unidades, dificilmente o auxiliar de enfermagem consegue dar uma resposta sozinho para o usuário. Essa impossibilidade não é pautada apenas pelos limites determinados pela competência técnica esperada de um auxiliar de enfermagem. Obviamente os limites são também de outras ordens: a falta de capacitação específica para o acolhimento, a inexistência de protocolos que orientem o atendimento das queixas comuns, a exigência (estabelecida em algumas unidades) de avaliação médica para todos os atendimentos realizados por auxiliar de enfermagem, a falta de um cardápio mais amplo de opções para encaminhamento das demandas identificadas, restrito apoio e participação da equipe multiprofissional, entre outros tantos (A29).

Profissionais de seis UBS relataram dificuldades no entrosamento ou na divisão de tarefas entre profissionais de nível superior e nível médio. A tomada de decisão é centrada nos profissionais de nível superior. A tarefa de gerenciar a unidade é considerada pela maioria como função primordial (ou exclusiva) da enfermeira, reconhecida por muitos como "coordenadora da unidade", "responsável por marcar e conduzir as reuniões da equipe". Porém, nem todos da equipe, incluindo as próprias enfermeiras, concordam com a ideia dessa concentração de tarefas e defendem a ideia de que a responsabilidade deveria ser compartilhada por todos os profissionais de nível superior da equipe (A30). O tema da hierarquia na equipe de saúde da família foi polemizado em alguns grupos focais com 168 profissionais. Em um deles, observou-se a divergência de opinião entre os membros de uma equipe. A médica defendeu a necessidade de uma hierarquia técnica e de poder motivada pela diferença de conhecimento entre os diferentes

profissionais, o que chama de "hierarquia técnica e de chefia", e foi questionada por um dos agentes e pelo dentista da equipe [“sem necessidade de ninguém exercer poder sobre ninguém”] (A30). A maioria das equipes de seis UBS referiu dificuldades na realização sistemática da reunião semanal da equipe, apesar do reconhecimento da importância estratégica tanto para favorecer o entrosamento e a cooperação entre os diferentes profissionais como para o planejamento e a avaliação das ações. Além da periodicidade irregular das reuniões de equipe, percebeu-se que, em diferentes unidades, apenas a enfermeira e os agentes comunitários participam regularmente desse momento (A30).

5.2.3.8 Oferta de práticas humanizadoras

Resultados demonstraram a oferta de práticas humanizadoras, com mudanças na organização dos serviços e divisão do trabalho, especialmente devido ao acolhimento; condições para a oferta; dúvidas sobre a implementação das práticas humanizadoras e também consequências da falta de oferta dessas práticas na APS.

Em relação à oferta de práticas humanizadoras, profissionais relataram e foi observada a realização destas na APS, como o acolhimento, a integralidade, o acesso, o vínculo, a universalidade, a prática centrada no paciente e a clínica ampliada (A1, A5, A6, A9, A10, A11, A14, A15, A23, A24, A27, A29, A30).

Em relação ao acolhimento, a partir de sua implantação e consequente reorganização do processo de trabalho, observou-se, em uma UBS, mudança na acessibilidade aos serviços, demonstrada com o aumento extraordinário do atendimento geral da Unidade [entre 1995-1996]; os dados sobre a unidade mostram que seu rendimento agora aumentou em 600% [produção/horas trabalhadas] a partir do aumento extraordinário do rendimento da enfermeira, da assistente social e das auxiliares de enfermagem com a implantação do acolhimento e a reorganização do processo de trabalho (A10).

Em dez USF, observou-se que as ações que compõem o processo de

trabalho desenvolvido no acolhimento foram identificar o problema do usuário e propor uma resposta para o que ele está sentindo; realizar encaminhamento dos usuários para outros serviços, como pronto socorro, consulta médica, etc.; realizar anamnese dirigida para a queixa; realizar triagem para encaminhamento imediato ou mediato, segundo vagas preestabelecidas e gravidade da queixa; realizar exame físico e verificar os sinais vitais, com enfoque na queixa; supervisionar o auxiliar de enfermagem quando este realiza o acolhimento; supervisionar a porta de entrada do posto; distribuir senhas para atendimento; realizar consulta médica ou de enfermagem; trocar prescrições de medicamentos; realizar orientações sobre saúde; realizar curativos; administrar medicamentos; realizar escuta humanizada do usuário para atender sua necessidade; dar apoio às pessoas que procuram o serviço (A9). As observações da prática de três USF em relação ao acolhimento de saúde bucal demonstram que o processo terapêutico ocorre de distintas maneiras: atendimento nas urgências, nos casos de dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros; encaminhamentos internos dos trabalhadores da própria unidade, solicitando o atendimento de saúde bucal; o agendamento de atendimento às crianças é realizado nas escolas, após triagem realizada pelo dentista ou pelo agente comunitário de saúde; agendamento nas microáreas, realizado pelo agente de saúde (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais e portadores de patologias crônicas); livre demanda, busca pelo serviço baseada na necessidade percebida pelo usuário, em dias programados na unidade; retornos programados: após a primeira consulta, o dentista faz um aprazamento para o retorno, baseado na necessidade ou risco do usuário, porém não existe garantia de conclusão do tratamento; encaminhamentos externos a outros serviços de saúde da rede, sem responsabilização da equipe para assegurar o atendimento (A24).

Profissionais, trinta, relataram que há vinte acolhimentos realizados pelos médicos no início da manhã, diariamente, sendo a participação destes nos demais horários definida de acordo com avaliação da enfermagem. No acolhimento pelos médicos são encaminhadas as necessidades mais imediatas dos usuários, incluindo exames complementares necessários, bem

como referências para consultas com especialistas ou pronto-socorro que possam ser definidas nesse momento. Enquanto isso, as enfermeiras acolhem o excedente da demanda espontânea. Após o horário dedicado ao acolhimento dos médicos, estes e as enfermeiras se dedicam a atividades agendadas, enquanto uma auxiliar de enfermagem mantém o acolhimento, fazendo os encaminhamentos necessários na própria unidade ou solicitando a participação dos demais profissionais, de acordo com as atribuições de cada um no PSF. Progressivamente, a demanda eletiva foi direcionada para agendamento específico (pré-natal, puericultura, hipertensos e diabéticos etc) sem a necessidade de acolhimento na maioria dos casos (A27).

Sobre a clínica ampliada, 36 profissionais, incluindo gerentes, evidenciaram a preocupação em "escutar" a queixa e buscar a solução oportuna para as demandas e necessidades de saúde apresentadas pela clientela/usuários e foi possível verificar uma diminuição da fila de espera [com a implantação do acolhimento] (A15).

Sobre o vínculo, doze profissionais de uma unidade-escola relataram que já são conhecidos pela população apesar do pouco tempo de inserção do PSF na área e relataram que já conhecem a população da área adstrita pelo nome, identificam a pessoa e a que família pertence, evidenciando a formação de vínculo na unidade (A19).

Sobre o acesso, nove auxiliares de enfermagem buscam realizar o acolhimento em seu cotidiano e consideram-no importante para o desenvolvimento das relações entre trabalhadores e usuários e buscam diminuir o tempo de espera para o atendimento em consulta médica (A20).

Sobre a integralidade, uma clínica básica ampliada implantou o acolhimento e a reformulação das atividades grupais na tentativa de privilegiar espaços nos quais a construção de atividades preventivas e promocionais se associe às tradicionalmente curativas (A23). As observações realizadas nas 3 USF demonstram atendimento humanizado e a tolerância quanto aos desencontros de interesses entre trabalhadores e usuários (A24).

Em relação à prática de cuidado centrada no paciente, 410 médicos adotaram uma prática que envolve atender os pacientes no mesmo dia que

estes buscam atendimento (A1).

Em relação à universalidade, para diminuir o tempo de espera por consultas especializadas em município, optou-se por trabalhar com uma clínica básica ampliada, à qual foram agregados especialistas de maior demanda pelo município, como psiquiatra, ginecologista, pediatra, psicólogo, ortopedista e cirurgião ambulatorial. A proposta foi otimizar o acesso a esses profissionais por meio da equipe de ESF, mediante referenciamentos responsáveis. [Possuir apenas a Atenção Primária em seus limites geográficos, dependendo de articulações para a garantia de assistência secundária e terciária, produz uma maneira de trabalho em saúde peculiar para o município] (A23).

Em alguns locais existe a oferta de uma prática humanizadora, como a universalidade e a integralidade, mas outras não estão presentes, como o acolhimento e o acesso (A14).

Profissionais, onze, declararam que, apesar do PSF não possuir este serviço formalmente estruturado, os profissionais realizam o acolhimento, responsabilizando-se na busca de soluções para os problemas da população (A28). Em uma USF também não existe acolhimento no serviço, mas a integralidade está presente em muitas práticas cotidianas, com a construção de vínculo e corresponsabilização entre equipe e usuários (A14).

No intuito de conceber um serviço mais próximo da universalidade e da equidade na atenção, as equipes de saúde bucal de um município utilizam uma forma de marcação, e cada uma delas já experimentou diversas alternativas, seja baseado na demanda espontânea e/ou centrado na doença, mas as observações da prática demonstraram não haver um processo acolhedor, no máximo constataram-se formas diferenciadas de receber, com alguns critérios de acesso definidos em reuniões de comunidade para realização de exames coletivos e organização do atendimento individual (A24).

Foi observado em uma ESF que a equipe propicia aos seus usuários ações de desospitalização e ampliação da função da rede básica. Exemplos disso são as cirurgias ambulatoriais e as internações domiciliares para casos de baixa complexidade; o projeto pensado por alguns membros da equipe é

de resolver toda a demanda possível, tornando-se a porta de entrada do sistema, no entanto, o não acesso pode ser observado pela fila para consulta médica, disputa no momento da distribuição das fichas e agenda médica lotada (A26).

A oferta de práticas humanizadoras modificou a organização e divisão do trabalho entre as equipes da APS, especialmente devido à implantação do acolhimento (A5, A9, A13, A18, A26, A27, A30).

O acolhimento resultou em aumento da carga de trabalho e rendimento das equipes com reorganização do processo de trabalho (A10, A22, A29). Em algumas unidades, o acolhimento era oferecido por toda a equipe (A6, A10), em outras, ficava a cargo da equipe de enfermagem (A9, A15, A29) e, em alguns locais, os médicos ficavam na retaguarda do acolhimento (A10, A11, A15).

Em alguns atendimentos e em algumas USF, observou-se que houve acolhimento, realizado pela auxiliar de enfermagem, com atenção, disponibilidade, interesse, envolvimento e resposta às necessidades do usuário (A5). Enfermeiros, dezessete, relataram que desenvolvem o acolhimento de forma dinâmica e contínua, sendo realizado por todos os trabalhadores em qualquer momento e lugar (A6). Em quatro centros de saúde em que se observou que o acolhimento é entendido majoritariamente como um serviço, ele tem representado justamente a resposta da unidade buscando atender, de alguma forma, a todos os usuários que procuram o serviço, resultando, consequentemente, em aumento do trabalho na unidade, inclusive “qualitativamente” [de qualidade do serviço] (A29).

Em dez USF, observou-se que, com relação aos profissionais que realizavam o acolhimento, encontrou-se que, de um modo geral, esta atividade fica a cargo das enfermeiras e das auxiliares de enfermagem, com a retaguarda do profissional médico; em algumas unidades, é o agente comunitário de saúde que se responsabilizava pelo acolhimento, observando-se que eram realizados, por dia, em média quarenta acolhimentos, os quais duravam de três a quinze minutos cada um (A9). Entre quinze trabalhadores, a maioria confirmou fazer o acolhimento, apenas dois médicos disseram não realizá-lo (A11). Em nove UBS existe

uma grande diversidade na composição das equipes de trabalho que têm assumido o acolhimento: em todos os Centros de Saúde, os auxiliares de enfermagem assumem de frente essa prática e contam com a participação dos enfermeiros como referência técnica, os médicos atuam como retaguarda, atendendo os casos não resolvidos por outros profissionais, quando ainda não foram preenchidas as vagas para consulta, limitadas em 12 por médico, e a participação do médico no acolhimento está caracterizada como apoio e assessoria, sem vínculo e responsabilização por essa prática (A15).

Sobre o processo de trabalho, uma enfermeira relatou que o acolhimento mobiliza para modificação da prática, principalmente da enfermagem; um profissional relatou que a equipe médica não teve seu processo de trabalho modificado em quase nada pelo acolhimento (A15). Poucos médicos são recompensados por realizarem práticas de cuidado centrado no paciente, e a produtividade continua a ser o principal fator para determinar a compensação (A1).

Em quatro centros de saúde, observou-se que a implementação da proposta de acolhimento garantiu uma ampliação do acesso ao serviço, com diminuição (ou mesmo eliminação) das filas e incorporação de parcela significativa da população que estava excluída das unidades, quando estas funcionavam na lógica anterior – da distribuição de senhas de acordo com a quantidade de consultas de eventuais disponíveis no dia, da inexistência de avaliação da necessidade da consulta, nos dias de abertura de agenda. Em quatro centros de saúde, observou-se que o atendimento dos acolhimentos tem ficado, predominantemente, a cargo da equipe de enfermagem. Há também um aumento da demanda de avaliações e consultas extras por parte dos médicos e de supervisão desse trabalho dos auxiliares (no que diz respeito, especialmente, ao esclarecimento de dúvidas e avaliação de casos mais complexos) pelos enfermeiros (A29). A quantidade de consultas exigida apareceu como elemento restritivo à participação do médico nas ações educativas e na visita domiciliar (A30).

Em uma UBS, a decisão de implantar o acolhimento, sob a permanente coordenação da gerente da UBS, definiu-se pela organização de

uma equipe de acolhimento, composta pelos profissionais de nível superior (enfermeira e assistente social), por uma técnica e auxiliares de enfermagem, para oferecer a escuta dos usuários. Os médicos ficaram na retaguarda, ou seja, atendendo nos consultórios os usuários encaminhados pela equipe de acolhimento. Eliminaram-se a ficha e a fila de madrugada, abrindo-se as portas da Unidade de Saúde, com atendimento a todos os usuários que a procurassem. Organizou-se a sala de espera, substituindo a recepção. Observou-se que a equipe de acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade, os protocolos orientam o enfermeiro na prescrição de vários exames e medicamentos, o que aumenta em grande medida a resolubilidade deste profissional na assistência, favorecendo enormemente o fluxo dos usuários; a assistente social participa do acolhimento e coordena os grupos programáticos (A10).

No caso específico das práticas do cirurgião-dentista, as observações explicitaram um fazer automatizado e ambíguo. Em alguns momentos, as tecnologias duras estiveram disponíveis à intervenção clínica, mas o dentista realizou procedimentos rápidos, escolhendo sempre o mais simples de ser executado, negligenciou as normas de biossegurança e rompeu com critérios clínicos estruturados, comprometendo a qualidade do procedimento produzido. Em outra observação, o aparato tecnológico duro não era suficiente para a realização da maioria das intervenções clínicas (compressor quebrado e ausência de aparelho para esterilização), mas o dentista, de forma criativa, executou procedimentos clínicos possíveis, mesmo sem estar obrigado a realizá-los, em razão das limitações impostas. Usando tecnologias leves, o profissional se destaca pelo modo de receber, ouvir e se responsabilizar pelo sofrimento do outro. Simultaneamente, ainda com resolubilidade limitada, procura, com as ferramentas disponíveis, contornar as dificuldades e desenvolver um processo de cuidado, centrado no usuário. Em outro caso, observou-se que o profissional tem o melhor aparato tecnológico-estruturado disponível, entretanto resolve os problemas demandados de forma pontual e estabelece uma relação conflituosa com os

usuários. Assim, tecnicamente produz serviços com primazia, ao mesmo tempo em que centraliza a conduta terapêutica, restringindo o acolhimento (A24).

Observou-se que dois trabalhadores (cirurgião-dentista e ACD) esboçaram uma postura mais relacional na recepção: o primeiro admite seu caráter humanizado e a preocupação em acolher, ainda que parcialmente, aquele que procura uma informação na unidade; da mesma forma, o ACD mostra-se envolvido com os aspectos subjetivos dos usuários que se dirigem à recepção, priorizando algumas necessidades, como as urgências e os atendimentos a idosos e gestantes. Percebeu-se a potencialidade da comunicação quando, mesmo na ausência de vagas, os trabalhadores de saúde comprometem-se a tentar ajudar, de alguma maneira, o usuário, a partir da utilização do núcleo leve do seu saber: a relação (A24). Observou-se que uma dentista não restringe suas ações cuidadoras a uma área adscrita, nem impõe ao usuário regras de normatização prescritas no receituário do PSF; ao contrário, a trabalhadora concentra seus esforços no ser que sofre, que apresenta uma necessidade que deve ser acolhida, independentemente de onde resida (A24). Em 5 USF, constatou-se que, nas práticas de saúde bucal, os casos de demanda espontânea, em caso de urgência, são atendidos (A2).

Algumas unidades realizam práticas humanizadoras por meio da Clínica Básica Ampliada (A23, A26) e promovem a realização de grupos, atividades educativas e reuniões de equipe (A2, A14, A19, A20).

A maioria dos quinze profissionais relatou realizar atividades de educação em saúde, principalmente utilizando o recurso sala de espera [não foi observado] e atividades informativas dirigidas a grupos (A2). Em uma USF, observou-se que a metodologia de trabalho adotada se opõe à lógica das práticas tradicionais, não se limitando apenas a ações assistenciais, mas, sim, valorizando atividades preventivas como a educação em saúde. As ações educativas são planejadas considerando-se o diagnóstico de saúde da comunidade, dando enfoque às necessidades identificadas. As equipes utilizam as datas festivas do ano para adequar as ações em saúde, atentando para as características das famílias e o contexto específico daquela

localidade (A14). Profissionais de uma unidade-escola, doze, utilizam-se de estratégias, como a formação de grupos para Educação em Saúde, reuniões com a população, esclarecimentos acerca do que é o PSF para os usuários, e, além disso, utilizam-se do acolhimento, que é o momento de aproximação com o usuário (A19). Auxiliares de enfermagem, nove, relataram que a integração do trabalho realizado dentro da USF e as atividades realizadas fora da unidade, ou seja, na família, na comunidade, representam formas de identificar situações de risco (A20).

Auxiliares de enfermagem, nove, relataram a existência de espaços formais para discussão nas USF, agendados com antecedência e realizados periodicamente. São momentos de avaliação das ações desenvolvidas, discussão de problemas e tomada de decisão, que se configuram de diferentes formas, considerando a organização interna da unidade: reunião das equipes Saúde da Família, reunião USF, reunião por grupos de trabalhadores responsáveis pelos programas (A20).

Em relação às condições para oferta de práticas humanizadoras, especialmente para a realização do acolhimento, encontraram-se os seguintes resultados: uma UBS possui três salas para realização das pré e pós consultas, sendo uma sala para cada área assistencial: mulher, criança e adulto, em cada sala está presente uma auxiliar de enfermagem (A5); em dez USF, observou-se que eram realizados, por dia, em média quarenta acolhimentos, feitos em salas arejadas e com mobiliário tipo consultório (cadeiras, mesa, maca) contudo, em algumas USF, a sala não era privativa para a atividade de acolhimento (A9); uma UBS apresenta uma condição estrutural específica: engloba, além dos cuidados primários, a emergência e o agendamento de especialidades, sobredeterminando à demanda (A13); em uma Unidade Distrital de Saúde, observou-se que, mesmo em ambientes fechados, como no caso do consultório médico, durante as observações, registraram-se interrupções diversas; observou-se que as pós-consultas para adultos da área de clínica médica são realizadas em uma sala preparada para atender dois usuários ao mesmo tempo (A18); foi observado em uma ESF que a organização do processo de trabalho da equipe de PSF mantém o sistema de fornecimento de senhas para o acesso à consulta médica, no qual

a prioridade é de quem chega primeiro (A26); trinta profissionais relataram que vários elementos contribuíram para que a assistência permanecesse médico-centrada, incluindo desde as constantes solicitações dos usuários por atendimento médico, até a limitação de espaço físico para que médicos e enfermeiras acolhessem os usuários concomitantemente.No início, a proposta era para o acolhimento durar uma hora e meia (sendo oferecido por médicos e enfermeiras) e ser o único acesso para agendamento de consultas médicas, porém o grande número de usuários com necessidade de atenção médica modificou o processo (A27).

Ainda em relação às condições para oferta, em uma USF, a maioria dos profissionais consideraram as instalações nas unidades adequadas ao trabalho [apropriados para consultas médicas e realização de atividades de promoção de saúde], predominante entre equipes das áreas urbanas dos municípios de grande porte (A30); em outra USF, a maioria dos profissionais consideraram as instalações nas unidades inadequadas ao trabalho [precariedade em relação ao tamanho e instalações] (A30); profissionais de seis UBS relataram que, nas áreas com déficits de saneamento básico, educação, moradia e transportes, que incidem diretamente na (má) qualidade de vida da população, há mais pressão sobre as equipes, em maior insatisfação quanto às condições de trabalho no PSF (A30).

Em alguns locais, os profissionais ainda estão em processo de implementar as práticas humanizadoras; 308 médicos foram classificados como “no meio do caminho” na implementação de práticas de cuidado centrado no paciente e 106 médicos foram classificados como “fracos” (A1). Foi observada uma relação entre médicos que praticam em grupos de 50 profissionais ou mais, estes realizam mais práticas de cuidado centrado no paciente quando comparados com profissionais que trabalham sozinhos [175versus74] (A1).

Equipes apresentaram dúvidas na implementação de práticas humanizadoras, especialmente na organização dos serviços e das equipes relacionados ao acolhimento (A9, A12, A20, A21, A22, A24, A26); sendo comum a terminalidade do acolhimento ser a consulta médica, sem

modificar práticas da equipe ou gestão da unidade (A9, A26, A27, A29).

Profissionais, 28 auxiliares, enfermeiros e médicos, referiram-se com maior frequência e maior ênfase ao acolhimento enquanto triagem, raramente citado pelos nove gerentes (A15). Observações realizadas em três equipes de saúde bucal demonstraram que o atendimento individual é conduzido de maneira pontual, algumas vezes rápido, centrado na queixa do usuário; é limitado pelo equipamento ou insumo disponível no momento e pelo número de vagas; sem garantia de retorno, restrito a um procedimento por indivíduo; a falta de planejamento, concentrando a ação na figura do dentista, com falhas na biossegurança e na própria técnica utilizada para a realização da intervenção clínica. (A24). Enfermeiros, doze, foram unânimes ao mencionar que o acolhimento não existe ou é realizado de forma insatisfatória nas UBS em que trabalham, atribuindo tal situação ao desempenho dos próprios profissionais de saúde (A25). Foi observado, em uma ESF, que a enfermeira, nessa equipe, desenvolve prioritariamente atividades administrativas e educativas coletivas. Os momentos de encontro individual com os pacientes são escassos; a auxiliar de enfermagem utiliza o critério "não tem febre" ou "não tem vaga" para negar o acesso (A26).

Em um Centro de Saúde, observou-se, na entrevista com a coordenadora, que o acolhimento seria a primeira consulta com o médico e o atendimento feito pela enfermagem no acolhimento seria apenas uma forma de suprir a falta de médico ou os casos em que a agenda de vagas de acolhimento já estivesse esgotada e fosse necessário um atendimento imediato (A29). Em quatro centros de saúde, observou-se que a normalização de que as auxiliares de enfermagem não poderiam estabelecer conduta nenhuma sozinhas, ou de que auxiliares e enfermeiras não poderiam dispensar usuários com queixa sem avaliação médica, acabou restringindo a possibilidade de atuação da equipe de enfermagem e manteve uma lógica centrada nos saberes e práticas médicos. O acolhimento aparece como uma outra atividade de apoio ao trabalho médico, que facilita esse trabalho, organiza, e que acaba por reproduzir a lógica hegemônica, ao invés de superá-la (A29).

Em dez USF alguns trabalhadores, talvez premidos pela demanda,

atendiam de maneira ágil, objetiva e pouco comunicativa (A9). Auxiliares de enfermagem, nove, relataram que a pressão vivenciada no dia a dia da USF leva o trabalhador a apresentar distúrbios e sua saúde também fica comprometida (A20). No acolhimento em uma UBS, observou-se que a unidade acolhe em parte, ouve os usuários quando eles não podem ser atendidos, faz os encaminhamentos necessários, mas deixa a desejar em alguns aspectos, como quanto ao acesso, à resolutividade e à relação de vínculo e diálogo (A21). Foi observado em Centros de Saúde da Família que o processo de acolhimento se encontra ainda em fase inicial, produzindo ruídos que se manifestam no meio da relação entre profissional e usuário; a técnica do acolhimento tem gerado sobrecarga de trabalho para odontólogos, já que estes precisam dar conta dos usuários agendados, das urgências, além de realizarem a classificação de risco dos usuários que chegam à unidade de saúde (A22).

Em dez USF, observou-se que a terminalidade dos acolhimentos é a consulta médica (imediata ou mediata); o momento de escuta do usuário se caracteriza pela busca de informações eminentemente clínicas, quando se identificam informações de outras dimensões (social, cultural ou psicológica), estas não são utilizadas e, muitas vezes, nem mesmo consideradas; as queixas apresentadas pelos usuários, com certa frequuência, são exageradas, já que a entrada na USF só é possível através de uma queixa clínica (e da gravidade dessa queixa); as ações desenvolvidas durante o acolhimento condicionam a volta das pessoas a esse atendimento; as avaliações realizadas pelos profissionais são eminentemente clínicas, não existindo uma avaliação das queixas dos usuários, segundo categorias sociais ou programáticas; o momento da anamnese opera com um conjunto de ações que têm por objetivo a identificação dos limites para a prática de quem implementa o acolhimento, ou seja, o que da queixa pode ser resolvido pelo trabalhador naquele momento e o que deve ser encaminhado, porém não fica claro como esses limites são definidos, uma vez que não existem protocolos formalizados; falta uma abordagem da família (A9). Foi observado em uma ESF que em duas oportunidades um mesmo paciente procura o serviço para controle da glicemia e da pressão arterial, e o

encaminhamento final é o mesmo: procurar o médico. Assim, tanto o usuário quanto o profissional terminam insatisfeitos; o primeiro, por não ter sua necessidade atendida e o segundo, por não se sentir autor desse processo (A26). Profissionais, 30, relataram que os usuários são acolhidos pelas auxiliares de enfermagem e/ou enfermeiras e, quando estas definem a necessidade de atendimento médico, este pode ser estabelecido como consulta médica imediata ou agendamento para uma data posterior ou comparecimento no horário de acolhimento do dia seguinte (A27). Em três centros de saúde, o acolhimento aparecia como um atendimento prestado pelo auxiliar de enfermagem para avaliar a queixa do usuário e decidir se a demanda que ele traz requer um encaixe nas "vagas de acolhimento" na agenda diária dos médicos ou se é possível agendar uma consulta médica de rotina (A29). Observou-se, em quatro unidades de saúde (de cinco), que o acolhimento acabou por favorecer somente o atendimento da demanda espontânea e configurou-se muito mais como um pronto-atendimento para as queixas agudas do que como um fator desencadeador de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso com a identificação e satisfação das necessidades de saúde; sem ter conseguido desencadear novas posturas ou configurar-se como um dispositivo de análise e gestão (A29).

Em dez USF o acolhimento ainda é uma ação de saúde pouco clara para os trabalhadores, uma vez que os conceitos estão apreendidos, mas a operacionalização é uma caixa preta nas USF (A9); dois trabalhadores relataram que o acolhimento na unidade é feito individualmente e não souberam definir como é feito, assinalaram que é feito casa-a-casa e na recepção (A12). Foram observadas, em uma ESF, situações contraditórias, indo do extremo de pleno abandono do usuário à sua própria sorte a situações em que havia total responsabilização da equipe (A26).

Trabalhadores e gestores relataram e observou-se, em algumas USF, que não ocorria a oferta de práticas humanizadoras, sendo o acesso de usuários restrito e limitado, focalizado em consultas e medicações, excludente para especialidades médicas e procedimentos de média e alta complexidade. Percebeu-se, em alguns locais, que há aglomeração de

usuários nos balcões das recepções, pouco esclarecimento por parte dos recepcionistas aos usuários com relação ao funcionamento do serviço, cartazes informativos sobre o número de vagas, dias específicos para determinado grupo ou procedimento clínico, desconforto na sala de espera e relação tensa com usuários, permanência nas filas para consultas, disputa na distribuição das fichas ou agenda médica lotada, dificuldades envolvendo o acolhimento e o vínculo entre os sujeitos que produzem o cuidado, encontrados distantes da integralidade e da corresponsabilização, em alguns locais excluíram-se as antigas "filas reais" e passaram a existir "as filas em listas", sendo que vários pacientes são marcados para o mesmo horário e o sistema acaba funcionando pela ordem de chegada, sendo ditado pela organização do trabalho e não pela necessidade do usuário, o projeto terapêutico baseado na queixa-conduta, médico-centrada, baixa resolubilidade, carência de tecnologias leves, acolhimento funciona basicamente como uma técnica de recepção, triagem e encaminhamento, sinônimo de urgência ou sala de espera; processos de trabalho centrados nos procedimentos e técnicas, bem como na formação centrada no fazer de cada especialidade; apego aos procedimentos e protocolos; prática burocratizada (A2, A4, A5, A7, A13, A15, A18, A28, A24, A26, A28, A29, A30).

5.2.4 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado em relação às práticas humanizadoras

A partir da integração da categorias por meio de questões norteadoras, foi possível elencar os antecedentes, os atributos e as consequências das concepções de saúde e cuidado dos profissionais em relação às práticas humanizadoras na APS (Quadro 13).

Quadro 13 Antecedentes, atributos e consequências das concepções de saúde e cuidado de práticas humanizadoras na APS.

	Análise dos dados
Antecedentes Como os profissionais se sentem em relação às práticas humanizadoras? **Categorias norteadoras** Atitudes gerais que os profissionais tem sobre práticas humanizadoras, Influência da formação nas práticas humanizadoras	- melhor relação com usuários, por meio de escuta ampliada, diálogo, acesso a informações, responsabilização, empatia, integralidade, vínculo, acolhimento, recepção positiva, carinho, atenção, respeito, boa intenção e respeito aos princípios éticos - mudanças no processo de trabalho na APS, incluindo a necessidade de inverter a lógica de trabalho, aumentando o acesso, a resolubilidade e o encaminhamento e melhorando a apresentação da unidade - acolhimento é importante e deve ser realizado por todos os profissionais da equipe dentro e fora da UBS - integralidade relacionada aos princípios do SUS e PSF -dificuldades relacionadas à implementação das práticas humanizadores em relação à concepção de que basta atender bem, foco na queixa-conduta, desrresponsabilização de profissionais e falta de recursos humanos e materiais - necessidade de maior treinamento e maior conscientização sobre o processo a ser construído [acolhimento/humanização] - dificuldade com treinamento de recursos humanos para atuar na APS e com práticas humanizadoras - poucos profissionais relataram experiências de treinamentos ou oficinas sobre acolhimento no trabalho - formação recebida na graduação não prepara para atuar no PSF
Atributos Como os profissionais descrevem e praticam as práticas humanizadoras? **Categorias norteadoras** Concepções de saúde e cuidado, oferta, interface do trabalho em equipe e interface	- necessidade de considerar os usuários na perspectiva física, social, psicológica e espiritual - atividade em saúde marcada pelo individualismo, queixa-conduta e fracionamento dos atos terapêuticos - dificuldades para trabalhar com uma visão de ser humano singular, autonomizar o usuário e estimular a correponsabilização pelo cuidado - busca por produtividade, falta de condições de trabalho, concepções inadequadas do processo saúde-doença, condições sociais da comunidade e conceitos predeterminados da equipe sobre os

da relação profissional-usuário com as práticas humanizadoras	pacientes foram citados como entraves para a realização do cuidado como preconiza o SUS -profissionais citaram e observou-se que a fuga do modelo tradicional curativista ocorre quando profissionais buscam colocar em prática uma concepção ampliada de saúde, por meio da recuperação da essência do ato de cuidar, responsabilização, sensibilidade para a escuta, visão integral do usuário, uso de tecnologias leves, resgate da relação trabalhador-usuário, vínculo, prática que oportunize mudanças e melhore a vida das pessoas - profissionais relataram e foi observada a realização de práticas humanizadoras em algumas unidades, especialmente o acolhimento, integralidade e acesso; - unidades e equipes apresentaram diferentes formas de realizar práticas humanizadoras, com diferentes estruturas de organização e divisão do trabalho entre as equipes - equipes apresentaram dificuldades e dúvidas na implementação de práticas humanizadoras, especialmente na organização dos serviços e das equipes relacionados ao acolhimento - algumas unidades não apresentam práticas humanizadoras, tendo ou não o acolhimento - trabalho em equipe melhora a qualidade do atendimento -gestão democrática e uma adequada divisão de tarefas e papéis profissionais foram indicadas como facilitadores para o trabalho em equipe, com o objetivo de evitar práticas médico-centradas, alienação e isolamento de trabalhadores - dificuldades para o trabalho em equipe: falta de comunicação, hierarquia, gestão verticalizada, concentração de tarefas e falta de comprometimento dos profissionais com o acolhimento -dificuldades na relação com usuário relacionadas à acesso e encaminhamento - relação com usuários descrita como tensa, sendo que alguns profissionais tinham opiniões sobre os usuários, descrevendo-os como teimosos, descompromissados, dependentes emocionais e com necessidades curativas - profissionais descreveram a relação com usuários como solidária, respeitosa, complexa, singular e satisfatória, capaz de formar vínculo e promover cidadania

Consequências Quais foram as consequências de usar práticas humanizadoras? **Categorias norteadoras** Dificultadores e Facilitadores das práticas humanizadoras	- falta de feedback em tempo útil continua a ser um grande problema na coordenação do cuidado - falta de tempo como uma dificuldade para a realização de cuidado humanizado - excesso de demanda dificulta a humanização da atenção à saúde, devido à falta de profissionais na equipe, às atividades realizadas que fogem do papel dos profissionais e ao excesso de atividades burocráticas - dificuldades com estrutura física inadequada, caracterizada pela falta de privacidade na conversa com cada usuário, carência de materiais e de recursos humanos em caráter multiprofissional, falta de medicamentos ou de outros insumos - insatisfação com a falta de apoio, parceria e atenção da Secretaria de Saúde do Município - horário de atendimento inadequado e número limitado de fichas para consulta - percepção da ineficiência da programação das unidades ante os problemas reais das comunidades, seguindo a lógica verticalizada das suas ações - fragmentação dos serviços [não acontece ou demora para marcar serviços de média e alta complexidade] corresponde às reais limitações do atendimento integral às necessidades dos usuários - ações de encaminhamento não utilizam a potencialidade de "outras" intervenções oferecidas pelo PSF, como grupos educativos, grupos de caminhada, entre outros, e se pautam na derivação para consulta médica - dificuldades para lidar com problemas e necessidades no âmbito da saúde mental - dificuldade no estabelecimento de escutas ampliadas, pois estas afloram problemas e necessidades que não podem ser resolvidos apenas no âmbito do serviço de saúde - dificuldades para a integralidade relacionadas a aspectos culturais dos usuários, fundamentados na queixa e na doença - dificuldade de reunir a comunidade em torno de discussões, observou-se que a pouca adesão também está associada ao formato acadêmico em que os encontros coletivos têm se desenvolvido, por meio de palestras verticalizadas e pouco problematizadoras - dificuldades relacionadas às condições sociais da comunidade [analfabetismo, falta de saneamento] - falta de conhecimento sobre acolhimento

	influencia negativamente o processo de humanização - profissionais relataram maior comprometimento e responsabilidade com a comunidade - profissionais relataram necessidade de mais atenção, reconhecimento e valorização do trabalhador pelos gestores - gestão participativa foi importante para adesão ao acolhimento - demanda de maior tempo para atendimento - necessidade de melhorar referência e contrarreferência - demanda por melhores condições de trabalho - necessidade de promover o trabalho em equipe - demanda por maior participação SMS, CLS e terceiro setor - necessidade de capacitação das equipes e educação permanente - melhorias nas condições de trabalho para melhorar a humanização; como mais tempo, menos pessoas para atender, melhor espaço físico, mais recursos - receptividade da comunidade e adesão da equipe foram citadas como facilitadores do acolhimento - busca por avaliação de desempenho das equipes - necessidade de funcionamento de grupos programáticos, grupos de apoio e oferta de serviços de outros profissionais - tempo para realizar o acolhimento igual ou superior a 5 minutos - importante registrar o acolhimento como atividade - demanda por espaço físico que permita conversa e vínculo; espaço limpo, claro e organizado; sinalização adequada - flexibilização do horário de agendamento - prática menos burocratizada - necessidade de qualificação dos profissionais para trabalhar no PSF - promoção de respeito e vínculo, adscrição da clientela - evitar rotatividade de profissionais - reconhecimento e valorização do trabalho pelos usuários - conhecimento dos profissionais sobre o processo de trabalho na UBS, de modo a evitar contradições na orientação dos usuários - necessidade de oferta de serviços de outros profissionais, como psicólogos e terapeutas

	ocupacionais para promover a saúde dos enfermeiros - necessidade de discussão permanente entre a equipe - utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da UBS, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se apresentam no acolhimento

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

A concepção de sáude de práticas humanizadoras na APS envolve a busca de qualidade de vida em um contexto bio-psico-social-espiritual. Essa concepção de saúde ocorre em um espaço que valoriza a integralidade, a escuta ampliada e o diálogo. O resultado é bem-estar e atenção integral ao usuário.

A concepção de cuidado de práticas humanizadoras na APS envolve melhorar a relação com usuários e realizar mudanças no processo de trabalho; reconhecer que o acolhimento é importante e deve ser realizado por todos os profissionais da equipe em todos os momentos dentro e fora da UBS; demanda maior treinamento e maior conscientização sobre acolhimento, humanização, SUS e PSF; apresenta dificuldades relacionadas ao acesso e ao encaminhamento dos usuários; apresenta uma concepção ampliada de saúde, recupera a essência do ato de cuidar, por meio da responsabilização, sensibilidade para a escuta, uso de tecnologias leves, resgate da relação trabalhador-usuário e vínculo, em busca de uma prática que oportunize mudanças e melhore a vida das pessoas. O resultado é o comprometimento e a responsabilidade com a comunidade, trabalho em equipe, gestão democrática, educação permanente, receptividade e valorização do trabalho pelos usuários.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados considerou a inter-relação das categorias de análise que apareceram no discurso dos profissionais da APS sobre as práticas integrativas/complementares e humanizadoras.

Primeiro, apresenta-se a inter-relação das categorias de análise das práticas integrativas/complementares. Segundo, a inter-relação das categorias de análise das práticas humanizadoras. Por último, apresenta-se a metassíntese da revisão sistemática.

6.1 PRÁTICAS INTEGRATIVAS/COMPLEMENTARES

Em relação às PICs emergiram oito inter-relações das categorias de análise a partir do discurso dos profissionais da APS: 1) concepções de saúde e cuidado, papel dos profissionais em relação às PICs, percepções sobre a relação da medicina convencional com as PICs; 2) acesso às PICs, impacto das PICs no custo da APS, integração e organização das PICs na APS; 3) comunicação sobre PIC com pacientes e profissionais; 4) oferta, encaminhamento e uso pessoal de PIC; 5) formação e treinamento em PIC; 6) eficácia, evidência, pesquisa e segurança de PIC; 7) atitude quanto às PIC, conforto e confiança, conhecimento e familiaridade e 8) percepção sobre a indicação de PIC, vantagens e desvantagens de PIC.

6.1.1 Concepções de saúde e cuidado, papel dos profissionais em relação às PICs e percepções sobre a relação da medicina convencional com as PICs

As concepções dos profissionais sobre saúde e cuidado em relação às práticas complementares variaram. Houve os que relacionaram PIC com a individualização do cuidado, a relação profissional-paciente, o autocuidado, as tecnologias leves e o contexto bio-psico-social-espiritual dos pacientes. Profissionais sem formação em PIC não relacionaram estas práticas com o

estímulo de poderes terapêuticos naturais do organismo e tampouco consideraram-nas mais holística do que a medicina convencional.

A compreensão da saúde como equilíbrio das forças vitais é coerente com a conceituação de racionalidades das medicinas antroposófica, homeopática e tradicional chinesa. Estas racionalidades apresentam o processo saúde-doença-cuidado como cíclico e natural do organismo, contrapondo-se à relação dos sintomas como expressão do patológico e da determinação do normal como ausência de patologias (LUZ, 2012).

A medicina convencional ou racionalidade biomédica mantém saúde e doença como antagônicos e busca controlar a doença isoladamente. O cuidado compartimentalizado é consequência da subordinação da razão médica à racionalidade científica moderna, que rege a disciplina das doenças e da anatomo-clínica a ela ligada (LUZ, 2012). Por isso, não é surpresa os profissionais de saúde apresentarem um discurso fortemente influenciado por essa racionalidade baseada no saber científico, neutro e objetivo.

Na medicina biomédica, imperam a intervenção medicamentosa e cirúrgica para eliminar a doença, que é o desvio do normal. Nas racionalidades que buscam uma visão "naturista" da clínica, visa-se à manifestação da "força curativa da natureza" para restaurar o estado de saúde (LUZ, 2012, p.124).

A Política Nacional define PIC como abordagens que estimulam mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (PNPIC, 2006). Então, com as considerações anteriores e os achados da revisão, pondera-se que a inclusão das PICs na APS requer, ao menos, que os profissionais respeitem mutuamente as distintas concepções de saúde, doença, corpo, e cuidado de cada prática, sendo desejável que transformem suas visões para orientações mais holísticas.

A visão holística de saúde interpela a concepção mecanicista e uni causal da biomedicina. Holístico vem do grego *Holos,* que significa "todo". A prática holística em saúde há de considerar a interação dinâmica existente entre as dimensões física, psicossocial e espiritual do indivíduo e suas transações com o meio (LONG e BAXTER, 2001).

Os resultados indicam que profissionais de PIC e generalistas consideram a abordagem holística nas concepções de saúde e cuidado relativas às PICs como forma de diminuir efeitos colaterais das intervenções da medicina convencional e aumentar a satisfação do paciente. Na medicina convencional, com a concepção mecanicista do corpo, a parte principal do cuidado é o diagnóstico, buscado pelos exames. Nas PICs, o contato humano e formação de vínculo são o fundamental, pois sua concepção é vitalista. Entretanto, os resultados mostram que os profissionais reconhecem que nem sempre isso ocorre.

Na busca de qualidade de vida e harmonia corpo-mente, os resultados mostram práticas integradoras das terapias complementares e biomedicina, criando-se, na saúde, ambiente inclusivo, com base no pluralismo terapêutico. É a medicina integrativa que valoriza avanços da medicina convencional, sem prejuízo das práticas baseadas em outras racionalidades (BARROS, 2011).

A medicina integrativa tem potencial transformador da APS, pois propõe unir o melhor de diferentes racionalidades; acolher a pessoa, integrando corpo, mente, espírito e cultura; fornecer cuidado e cura, com a participação ativa do paciente e diversos profissionais; qualificar como evidências fundamentais do processo de cuidado os desejos e necessidades das pessoas em relação a seus tratamentos. A integração requer um profissional híbrido, aquele que pondera, junto com o paciente, o melhor caminho terapêutico para cada momento (BARROS, 2008).

Todavia, integrar o melhor de cada racionalidade para a boa qualidade da atenção à saúde não é tarefa fácil. Nos resultados, observou-se que os profissionais que atendem em alguma prática de medicina integrativa reconhecem essa dificuldade, pois indicam que tanto as práticas complementares quanto a medicina convencional não têm conseguido a satisfação dos usuários com a atenção recebida.

Os resultados indicaram interface das concepções de saúde e cuidado das práticas integrativas e da prática holística, na medida em que ambas consideram a dinâmica físico-psico-espiritual dos indivíduos. Os profissionais ainda destacaram ser necessário considerar os aspectos éticos

do cuidado; dividir responsabilidades com os pacientes; empoderar os usuários; promover a saúde e a interação dos profissionais da APS.

Na integração das PICs, pode-se perder a pureza da racionalidade de cada uma. Pesquisa realizada em nove serviços públicos no Rio de Janeiro, Brasil (LUZ, 2012), demonstrou que a homeopatia conseguiu preservar a concepção clássica de tratamento da clínica, mantendo a representação do corpo como totalidade e centrando-se na relação médico-paciente. Entretanto, nesses serviços, a acupuntura não preserva a lógica da medicina tradicional chinesa, mas da medicina ocidental adaptada a esta prática. Ainda que os acupunturistas tentem guiar-se pela lógica vitalista e globalizante e algumas vezes o consigam, predomina o uso rápido e limitado a situações patológicas específicas como do sistema músculo-esquelético ou quadros crônicos de fundo emocional (LUZ, 2012).

Nesses serviços, dentre os profissionais das práticas integrativas e complementares, as representações de corpo e doença típicos da racionalidade biomédica coexistem de maneira justapostas ou, na maioria das vezes, num sincretismo cultural interessante (LUZ, 2012).

Essa dualidade foi encontrada nos resultados relativos ao papel profissional na inserção das práticas integrativas e complementares na APS. O médico focou seu papel no bom funcionamento dos serviços, e a enfermagem voltou-se para o bem-estar do paciente.

Na APS no Reino Unido, enfermeiras recomendaram maior número de tratamentos e ofereceram cuidado mais holístico para seus pacientes, quando comparadas com médicos. Esses focaram seu cuidado na coleta de informações diretamente relevantes para realizar o diagnóstico e tratamento da queixa presente (SEALE, 2006). Ou seja, na prática de cuidado, diferenciam-se os papéis assumidos pelos profissionais.

A proposta com a introdução das PIC na APS não é encontrar o melhor tipo de cuidado, mas diversificar as práticas oferecidas para abranger diferentes concepções de saúde e cuidado, contribuindo, assim, para qualificar o processo de trabalho em saúde e a assistência na APS. Os resultados apontam as queixas dos profissionais quanto ao fracasso da

medicina convencional e seu aborrecimento com a rotina na APS como motivadores da utilização das práticas integrativas.

A questão da introdução das PIC na APS não se resume a estimular o uso alternado dos procedimentos da medicina convencional e complementares a fim de possibilitar o acesso universal às práticas alternativas. A questão é se, de fato, ocorrem modificações na lógica do processo de trabalho com a valorização das tecnologias leves de diferentes racionalidades e compreensões de saúde para melhor cuidar, com integralidade.

Os resultados mostram que os profissionais de saúde que entraram em contato com as práticas integrativas apresentam concepções ampliadas de saúde e cuidado. Entretanto esta ampliação nem sempre é suficiente para mudar a lógica de cuidado. Essa segue centrada na "concepção de adoecimento ontológico-localista e de intervenção mecânico-causal" (TESSER, 2012, p.255). Isso aponta para a necessidade dos profissionais aprofundarem-se na reflexão sobre suas concepções de saúde, cuidado, atitudes, processo de trabalho na APS (FLEMING, 2007).

6.1.2 Acesso às PICs, impacto do custo de PIC na APS, integração e organização de PIC na APS

Ainda que tenha aumentando o acesso às PICs na APS, os resultados indicaram a preocupação de médicos homeopatas sobre a falta de acesso permanente a esse serviço na APS. Compreender essa preocupação demanda aprofundar a discussão sobre concepções de saúde e cuidado.

Na homeopatia, o indivíduo doente é ponto de partida e objeto epistemológico básico. O vitalismo homeopático é relacionado ao equilíbrio da força vital do indivíduo. Os eventos mórbidos conhecidos como doenças nada mais são que a expressão sintomática, visível do desequilíbrio da vida, que deve ser eliminada como um todo (LUZ, 2012).

Esse sistema médico é concentrado na concepção e na observação da vida, diferente da medicina alopática, que é orientada pela morte e para a causa e origem espaço-temporal da doença. Enquanto no primeiro existe

uma definição afirmativa de saúde, ligada ao princípio da harmonia do dinamismo vital, no segundo, a saúde é definida como “estado normal” em função da ausência de certos sintomas (LUZ, 2012).

Essas diferenças demandam a presença, na APS, de profissionais que saibam trabalhar dentro das diferentes racionalidades, ou melhor, profissionais híbridos (BARROS, 2000). Os resultados indicaram uma posição dos profissionais em favor do acesso a todas as PICs para todos, de modo a garantir o tratamento adequado de acordo com as concepções de saúde e cuidado de cada racionalidade. Os profissionais relataram que a dificuldade de acesso e a falta de cobertura de seguro são consideradas barreiras para o uso de PIC pelos pacientes.

Os resultados indicaram que a cobrança de PIC, presente em países como Austrália, Estados Unidos, Canadá e Alemanha, preocupa os profissionais, uma vez que colocam essas práticas como um serviço “deluxe”, ou seja, acessível somente para aqueles que podem pagar. É necessário que os sistemas de saúde evitem uma equação profundamente deslegitimadora: permitir pluralidade terapêutica (acesso às PICs) para os ricos, ao passo que, aos pobres, sobrará o rigor (e os limites) da ciência cartesiana ou medicina convencional (CUNHA, 2005).

O custo foi indicado pelos profissionais como uma possível barreira para o acesso de PIC, todavia os resultados indicaram que, em um serviço, a cobrança após a oferta gratuita de PIC na APS teve um impacto positivo sobre as expectativas do paciente e foi essencial para refletir o tempo necessário para a prática de PIC.

O tempo de consulta na atual configuração da APS é essencial para todas as racionalidades médicas. Tempo, ou melhor, tempo suficiente é um elemento essencial para a relação de cura que pode se estabelecer durante uma consulta. Profissionais que trabalham com uma orientação mais holística de cuidado apresentam consultas mais longas (STURMBERG, 2009).

Tecnologias leves, como tempo e bom atendimento, são muitas vezes menosprezadas em relação ao uso de tecnologias duras, uso de aparelhagem ou tecnologia de última geração. Todavia, os resultados indicaram que

oferecer diferentes racionalidades, que promovem empoderamento dos pacientes e melhor atendimento com maior tempo de consulta, pode resultar em qualidade de vida tanto para pacientes quanto para profissionais e consequente economia de recursos.

A diminuição de custos da APS a partir da oferta de PIC pelos sistemas de saúde não deve ser compreendida pelos profissionais de saúde como objetivo, mas como resultado. O custo de intervenção homeopática e da medicina tradicional chinesa na APS é baixíssimo quando comparado ao das intervenções da biomedicina, principalmente por garantir um processo terapêutico amplo, emancipador dos sujeitos e com menor risco de iatrogenias (CUNHA, 2005).

Os resultados indicaram que profissionais de enfermagem, em relação aos médicos, observaram maior possibilidade de economia ao utilizar PIC na APS. Em estudo que comparou o atendimento de médicos e enfermeiras na APS, enfermeiras demonstraram maior preocupação com o custo dos tratamentos ao conversar com os pacientes, e essa diferença foi relacionada com o tempo maior das consultas e também com a menor diferença social entre enfermeiras e pacientes, que permite aproximar os pontos de vista sobre os problemas (SEALE, 2006).

Maior número de profissionais apoiou a integração de PIC na APS, ainda que os resultados tenham se dividido entre qual profissional deve oferecer essas práticas: profissionais de PIC, médicos ou profissionais com registro, como enfermeiros e fisioterapeutas. Também não houve consenso sobre o melhor modelo de integração: nível secundário ou primário.

Em pesquisa sobre a oferta dos serviços de PIC no SUS, identificou-se que, na cidade de Campinas, as PICs eram cadastradas nas unidades básicas de saúde e que, em Fortaleza e Florianópolis, os atendimentos das PICs incluíam a rede básica e o nível secundário. Em Florianópolis, as PICs oferecidas eram majoritamente realizadas por profissionais das equipes de saúde da família com especialidade em práticas integrativas e complementares (SOUZA, 2012).

Em experiência prévia de inclusão de PIC no sistema de saúde inglês, profissionais de PIC sentiram que os médicos não compreendiam seu

trabalho. As dificuldades de integração de PIC no serviço incluíram o não reconhecimento da natureza holística das PICs, a medicalização das práticas, a falta de encaminhamento e de troca de informações sobre os pacientes por parte dos médicos. Os profissionais de PIC sentiram que não conseguiam oferecer o mesmo tipo de serviço que ofereciam no serviço privado, em questões de tempo, individualização do cuidado e privacidade. Uma das conclusões do estudo indicou que a real integração tem que ir além de contratar profissionais de PIC (DONELLY, 1995).

Por isso, a proposta é ir além de simplesmente adicionar as PICs ao cuidado de saúde convencional. Estudo para desenvolver modelo teórico de integração de PIC na APS na Suécia propôs que o usuário, ao buscar serviços na APS, fosse atendido pelo médico para, conjuntamente, desenvolver um plano de cuidados, em seguida o médico e a equipe de profissionais de PIC identificava estratégias de tratamento de PIC adequadas que eram oferecidas ao usuário e acompanhadas pela equipe de saúde. O médico coordenava o grupo de trabalho e todos os profissionais compartilhavam conhecimentos básicos de medicina. Seminários e aulas foram realizados para que todos os profissionais se familiarizarem com os diferentes modelos médicos (SUNDBERG, 2007).

O modelo foi definido como interdisciplinar e não hierárquico na tomada de decisões que envolveram um mix de soluções médicas convencionais e complementares para o cuidado individualizado (SUNDBERG, 2007). Todavia, é difícil garantir a integralidade do cuidado quando no sistema de saúde é necessário que o usuário pague extra pelo serviço de PIC. Além disso, nesse modelo, o usuário tem que esperar pelo médico para realizar o encaminhamento para PIC enquanto recebe o tratamento convencional.

Este modelo demanda um médico com interesse, conhecimento ou experiência em PIC (SUNDBERG, 2007). Outro modelo de integração também sugere que o uso de PIC pelos pacientes deve ser inicialmente avaliado por um médico, sendo de sua responsabilidade monitorar os resultados (FRENKEL, 2003).

Esses exemplos de modelos de integração demonstram a influência

das práticas de cuidado na medicina ocidental na integração de outras racionaliades na APS. Integrar PIC na APS requer compreender diferentes concepções de saúde e cuidado. Integrar é garantir o acesso equalitário de PIC e tratamento convencional. Integrar é garantir a escolha para o usuário, independente do profissional. Integrar é considerar que as racionalidades são diferentes, mas sem dependência; que os profissionais são independentes, mas podem trabalhar juntos, sem submissão, para oferecer o melhor cuidado na APS.

Os resultados indicaram que uma barreira a ser superada para a integração de PIC na APS é a falta de conhecimento sobre PIC e sobre os profissionais de referência. A oferta de PIC na APS foi realizada por um membro da equipe ou por um profissional de PIC. Por isso, é essencial, para o processo de integração, comunicação adequada e conhecimento suficiente sobre PIC e medicina convencional para a equipe e profissionais de PIC (FRENKEL, 2003).

A proposta é ampliar a oferta de práticas de cuidado na APS com profissionais que tenham conhecimento/prática de PIC, sem a exclusividade do médico para referenciar para PIC; e dividir a responsabilidade de cuidado com o usuário, por meio do uso de tecnologias leves. Os serviços precisam estar preparados para receber as diferentes concepções de sáude e cuidado, de modo a assegurar o funcionamento e a continuidade de PIC.

6.1.3 Comunicação sobre PIC com pacientes e profissionais

Na opinião dos profissionais, a busca de uma melhor relação profissional-paciente é um dos motivos que levam os pacientes a procurar as PICs, além da falta de resultados da medicina ocidental e o interesse por práticas seguras e sem uso de medicamento. A grande procura por outras racionalidades está atualmente relacionada ao interesse da medicina ocidental focar mais o combate às doenças do que o restabelecimento da saúde do indivíduo (LUZ, 2012).

Por isso, integrar as PIC na APS sem que os profissionais realizem uma comunicação adequada é um problema epistemológico, pois o processo

terapêutico depende da relação profissional-paciente. Ouvir os pacientes é condição *sine qua non* de um bom diagnóstico e, consequentemente, de uma boa terapêutica em PIC (LUZ, 2012).

Os profissionais relataram a importância de ter uma conversa aberta sobre PIC com seus pacientes, pois a abertura na escolha do tratamento ajuda a construir respeito, vínculo, autocuidado e autonomia do paciente. Os profissionais salientaram a importância de perguntar e discutir sobre PIC, uma vez que não existe um determinado perfil de pacientes ou de necessidades para usar PIC. Todavia, muitos relataram sentirem-se desconfortáveis para abordar PIC na APS.

Compreender que o papel do profissional de saúde vai além de acertar o diagnóstico, ou seja, demanda também olhar e ouvir o paciente, vai contra a cultura tecnológica do seu saber, que é a ciência da diagnose das doenças, somado às condições de trabalho muitas vezes indignas de um de um bom padrão técnico (LUZ, 2012).

De todo modo, desenvolver a boa comunicação com o paciente influencia também em uma melhor comunicação com os colegas de trabalho na APS. A partir dos resultados, percebeu-se que existem diferentes formas de comunicação entre profissionais e praticantes de PIC na APS: consultas formais e diálogos informais.

Profissionais e praticantes de PIC citaram como dificultadores a falta de compreensão de termos específicos usados nas diferentes racionalidades. A atitude geral dos profissionais quanto à dificuldade de convivência de diferentes racionalidades na APS incluiu a valorização da formação em medicina convencional e a sugestão de fóruns para apresentar as PICs.

Entretanto, apesar de se tratarem de paradigmas médicos inegavelmente distintos, as PICs e a medicina científica moderna possuem pontos de paralelismo e convergência nas dimensões tanto da diagnose como da terapêutica. Entre as diferenças, estas podem ser minimizadas sempre que a terapêutica passe ao primeiro plano, ou seja, o foco do cuidado na cura dos doentes (LUZ, 2012).

Dessa forma, ao organizar as práticas na APS a partir de um referencial de promoção de saúde e medicina integrativa, sem

reducionismos, pode-se construir uma atenção em saúde focada no paciente e na comunidade, por meio da valorização de tecnologias leves e do trabalho em equipe.

Fomentar uma melhor comunicação de profissionais e praticantes de PIC é também promover trabalho em equipe na APS. Profissionais que se reconheçam e conheçam as diferentes práticas de trabalho e funções na equipe ajudam a melhorar o processo de trabalho em saúde. Profissionais que cuidem uns dos outros, independente da racionalidade, com respeito às diferentes concepções de saúde e cuidado.

Melhorar a troca de informações entre a equipe, desenvolver a escuta e o diálogo com os usuários auxilia na boa comunicação na APS. Entre as estratégias comunicacionais utilizadas com pacientes, vale citar escuta ativa, reafirmações verbais de solicitude, uso de perguntas abertas e toque afetivo (ARAÚJO, 2012). Essas estratégias podem também ser aplicadas na comunicação entre profissionais, de modo a ir além da simples troca de informações. A comunicação faz parte do exercício cotidiano de trabalho e permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção (PEDUZZI, 2011).

A comunicação foi indicada como principal instrumento para a promoção do trabalho em equipe por gestores de centros de saúde e as reuniões como meio para propiciá-la. Todavia, gestores destacaram que não basta fazer reuniões; é preciso promover a participação e a interação dos profissionais em sua dinâmica, com base na argumentação crítica e fundamentada, em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço (PEDUZZI, 2011). Por isso a necessidade de que a equipe tenha um conhecimento básico e uma percepção comum sobre PIC para orientar os usuários na busca de cuidado e promoção de saúde.

6.1.4 Oferta, encaminhamento e uso pessoal de PIC

Em relação à oferta de PIC, 1843 profissionais praticavam PIC e 2.564 relataram que não a praticavam. Os resultados indicaram que a exposição às PICs teve efeito positivo sobre os profissionais da APS, muitos

informaram como a constatação de bons resultados e a presença de um parceiro que prescreve PIC influenciou o interesse, a prática e o encaminhamento de PIC.

Profissionais relataram que praticavam medicina alternativa e convencional. Profissionais com formação em PIC descreveram sua prática como artística, intuitiva e idiossincrática. Estas são as características de boas práticas e também percebidas como aspectos centrais de PIC. Profissionais que usam as PICs têm uma visão mais ampla do seu papel e sabem mais sobre medicina alternativa.

A APS é reconhecida como o primeiro contato do usuário com os sistemas de saúde e também o local de encontro de intersubjetividades, entre o usuário e o profissional, que em corresponsabilidade devem construir o cuidado. Se a função da APS é considerar o processo de cuidado do sujeito dentro de sua singularidade, contexto, integralidade e complexidade, então é necessário ampliar a clínica para dar conta desta abrangência (ZOBOLI, 2009).

É urgente desfocar os profissionais do hospitalocentrismo e da alta especialização, características da medicina convencional, e destacar as riquezas da biografia das vidas dos pacientes como parte fundamental da clínica ampliada (ZOBOLI, 2009), sendo que essa é também uma característica comumente presente na maioria das PICs, uma vez que buscam a individualização do cuidado.

Por isso, entre as razões que os profissionais destacaram para a prescrição de tratamentos de PIC, encontra-se que os tratamentos de PIC tratam a causa da doença. Os pacientes também reconhecem essas características das PICs (LUZ, 2012) e, por isso, muitas vezes pedem esse tipo de cuidado aos profissionais da APS.

Os resultados indicaram que as decisões de alguns profissionais para fazer uma referência a PIC foram mediadas por (a) suas experiências pessoais e com profissionais de PIC, e as evidências e seu conhecimento de PIC, e (b) pela compreensão das atitudes de seus pacientes para PIC e a experiência dos pacientes com a medicina convencional. Profissionais só iniciariam referência de PIC se eles percebessem correspondência entre

estes dois fatores.

Portanto, alguns profissionais já estavam realizando na prática uma ferramenta fundamental da clínica ampliada: a deliberação. Deliberar é analisar os fatos e os valores de cada situação para então justificar cursos de ação a serem seguidos (ZOBOLI, 2009). Ao tentar encontrar correspondência entre a história de vida, as experiências e as evidências de PIC, os profissionais estão deliberando para encontrar argumentos razoáveis para justificar a referência de PIC.

Em relação ao uso pessoal, 458 profissionais indicaram usar PIC e nove não. Os resultados indicaram que a busca de PIC pelos pacientes foi um dos motivos que levaram os profissionais a se interessarem pelas PICs, além de convicções pessoais e entusiasmo no caso de profissionais certificados em PIC, mas também devido às limitações e efeitos adversos da medicina convencional e ao sucesso terapêutico com a medicina complementar.

Em relação ao encaminhamento para PIC, 2.069 o realizavam e 1.003 profissionais não encaminhavam. As principais razões citadas pelos profissionais para recomendar PIC foram: pedidos dos pacientes porque o tratamento convencional falhou; existência de evidências; a convicção de que funciona; PIC não pode prejudicar; indisponibilidade de qualquer tratamento convencional; sugestão dos colegas; custo do tratamento convencional; confiança no profissional de PIC. As razões mais comuns contra a referência de PIC foram falta de provas, falta de regulação, custo financeiro, preocupações sobre a exploração de pacientes vulneráveis e risco de efeitos adversos ou danos.

Os resultados indicaram que acupuntura e homeopatia foram as terapias mais frequentemente fornecidas pelos profissionais. Ainda que o número de profissionais que praticam PIC na APS seja pequeno em comparação ao tamanho da amostra da revisão, esta função não é mais considerada marginal à comunidade médica e pode ser compreendida como parte de sua corrente principal. Profissionais relataram recomendar PIC para profissionais médicos e não médicos.

No SUS, os procedimentos em acupuntura expandiram somente após

a permissão do seu exercício por enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde, a homeopatia continuou com baixa oferta e poucos serviços de fitoterapia estavam cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde entre 2000-2011, nos municípios de Campinas, Fortaleza e Florianópolis (SOUZA, 2012).

A oferta e o encaminhamento de PIC na APS apresenta dificuldades no seu exercício por profissionais de saúde, decorrente tanto das características do saber biomédico quanto dos contextos organizacionais e institucionais (SOUZA, 2012). O maior contato com as PICs e a reflexão sobre as concepções de saúde e cuidado podem facilitar esse processo.

6.1.5 Formação e treinamento em PIC

Os resultados indicaram que 2.341 profissionais tinham realizado treinamento ou participado de cursos e aulas sobre PIC e 2.600 estavam interessados em realizar cursos para aprender mais sobre mecanismos de ação, segurança, efeitos colaterais e para orientar pacientes sobre PIC.

O número de profissionais que praticam modelos de cuidado e cura diferentes do biomédico segue em expansão (OTANI, 2011). Porém, de acordo com os resultados, nem todos os profissionais que utilizam PIC fizeram treinamento específico e nem todos que fizeram treinamento utilizam PIC na prática.

A oferta de PIC nos cursos de graduação foi defendida por 2.298 profissionais, mais como disciplina obrigatória do que optativa. Todavia, foi reduzido o número de profissionais que tiveram contato com PIC nos cursos de graduação. Em revisão sistemática sobre ensino de PIC nos currículos de cursos de graduação em saúde, identificou-se que a maioria oferece cursos eletivos, mas a sugestão é que os cursos deveriam ser oferecidos no corpo principal do currículo (CHRISTENSEN, 2011).

O ensino de PIC concomitante à medicina convencional permite aplicar o pensamento complexo na clínica e um novo modelo de cuidado e cura, holístico e adequado à saúde pública. O aprendizado das diferentes racionalidades poderia tornar viável uma prática em saúde com maior

conhecimento técnico e filosófico, menos preconceito e maior capacidade de aceitar diferenças (CHRISTENSEN, 2011).

O ensino de PIC promove a autonomia e competências para a realização de projetos singulares de vida saudável (CHRISTENSEN, 2011). Porém essas competências demandam a compreensão de diferentes concepções de saúde e cuidado. É necessário que as disciplinas ou aulas sejam capazes de promover a reflexão dos alunos de graduação para que compreendam as diferenças entre as racionalidades sem sobrepor conhecimentos.

Estudos comparativos mostraram que alunos do primeiro ano do curso de Medicina têm maior interesse em aprender sobre PIC do que alunos do terceiro ano (CHRISTENSEN, 2011). Pode-se entender que o processo de ensino tradicional da medicina alopática, desenvolvido nas disciplinas de imunologia e patologia, é capaz de influenciar sobremaneira as concepções de saúde e cuidado dos alunos de graduação. Como resultado, pode influenciar para diminuir a curiosidade dos alunos de fim de curso para outros tipos de racionalidades médicas.

Este é o grande desafio do ensino de PIC nos cursos de graduação: resgatar concepções e práticas excluídas ou marginalizadas pelo paradigma biomédico. Ao mesmo tempo, o ensino concomitante de PIC e medicina alopática pode ser uma das respostas para a crise atual do cuidado em saúde, ao introduzir um alternativa à educação biologicista, medicalizante e procedimento-centrada dos profissionais de saúde (OTANI, 2011).

Cursos de graduação em saúde que buscam implementar medicina integrativa no currículo estão diretamente relacionados à dimensão do acolhimento, humanização e integralidade do cuidado, ou seja, ao desenvolvimento de tecnologias leves. Isso se dá por meio da exposição dos alunos à experiência das práticas de PIC e o estímulo ao autoconhecimento, autocuidado e autonomia por meio da reflexão de valores, atitudes e habilidades (OTANI, 2011).

Integrar conhecimento, habilidade e atitude é o ideal para desenvolver o ensino de medicina integrativa nos cursos de graduação em saúde (OTANI, 2011). Porém, este objetivo está distante da realidade da

maioria dos currículos de graduação e também dos cursos de pós-graduação em PIC. Os resultados indicaram que os profissionais estavam insatisfeitos com a qualidade e o formato de cursos de PIC, predominantemente muito caros, com conteúdo e apresentação pobres e falta de estrutura, lembrando eventos de marketing.

Nos resultados, entre os formatos/estruturas desejados pelos profissionais para realizar treinamento em PIC, foram citados residência, escolas de medicina, educação continuada, cursos que foquem a prática baseada em evidência em pequenos grupos de estudo independentes e cursos de especialização. Profissionais citaram a falta de tempo como uma das barreiras para treinamento em PIC.

Além de cursos de PIC que instrumentalizem a prática de cuidado, resultados indicaram que profissionais consideram importante a educação continuada paralela para medicina convencional e PIC. Desse modo, é fundamental o acesso à informação sobre PIC na graduação para que o profissional não reproduza preconceitos do senso comum e, dependendo do seu interesse, busque no futuro cursos de pós-graduação (OTANI, 2011).

6.1.6 Eficácia, evidência, pesquisa e segurança de PIC

Os resultados indicaram que mais de 1.400 profissionais consideraram acupuntura eficiente, 588, em relação à homeopatia e 250, fitoterapia. A postura em relação à acupuntura provavelmente é devida à proliferação de estudos científicos sobre seus mecanismos de ação e ensaios clínicos. Todavia, isso se deu em parte com a desconexão parcial da acupuntura de suas bases cosmológicas e teóricas, relacionadas à medicina tradicional chinesa (TESSER, 2012).

Uma das dificuldades é realizar estudos clínicos que considerem a individualização e os fatores subjetivos relacionados ao tratamento das PIC. A biociência e suas partes mais duras têm sido reconhecidas como as únicas a produzir verdades sobre saúde e doença, monopolizando a formação de especialistas e também o formato fragmentado das pesquisas (TESSER, 2012).

Em pesquisas sobre homeopatia, ainda que os resultados sejam favoráveis, estes não foram suficientes para mover a comunidade científica, negativista e cética, sobre a dificuldade de enquadramento do saber e prática homeopático no corpo teórico biomédico (TESSER, 2012).

Na fitoterapia, os estudos mais numerosos e crescentes são com enfoque e objetivo etnobotânico e farmacológico, com o risco de que o uso das plantas nas formas não industrializadas, mais frágeis, sejam substituídos progressivamente pelo uso de fármacos sintéticos e pela fitoterapia industrializada, desestimulando a difusão do conhecimento relativamente seguro e simples do uso popular e profissional de plantas nativas, *in natura* ou com manipulação artesanal local, acessível para profissionais da APS e população (TESSER, 2012).

Uma forma de pesquisar em PIC é buscar sua legitimização-institucionalização através da ciência, por meio de metodologias quantitativas e estudos de laboratório. Outra forma é construir "sabedoria social" para valorizar o que não é ciência e quebrar seu privilégio de dizer o que é ou não importante, por meio de ação política, social e institucional, reconhecendo verdades e eficácias de forma distintas da biomedicina, pautadas em seus próprios critérios, "através de uma abordagem científica que busque distanciamento e relativização da medicina oficial (TESSER, 2012, p.271).

Em relação à evidência, os resultados indicaram que 707 profissionais relataram que falta evidência e 135 que há evidência. Profissionais citaram ainda a necessidade de mudar a forma de pesquisar, de forma que busquem valorizar experiência e opinião dos profissionais e pacientes, padrões de qualidade em PIC e medidas individualizadas de resultados centrados no paciente para assim reconhecer elementos subjetivos do paciente, superar problemas metodológicos e ultrapassar os limites da prática baseada em evidências.

Pesquisar em PIC demanda considerar os diferentes critérios classificatórios de adoecimentos, causas de doenças e evolução muitas vezes diferentes da biomedicina, por vezes altamente artesanais e individualizantes, no diagnóstico e no tratamento (TESSER, 2012).

Os profissionais indicaram a medicina integrativa como uma estratégia para superar dúvidas de eficácia de PIC e capacidade de profissionais de PIC. Profissionais relataram que eficácia depende da indicação de tratamento para PIC e da relação profissional-paciente, considerando a importância das tecnologias leves.

Ensaios clínicos são valiosos reguladores de segurança e eficácia, todavia são também silenciadores da voz dos doentes e profissionais da saúde. As relações de confiança, os sentidos, as palavras, os gestos, as relações e os cuidados do contato com o curador devem ser mais valorizados na pesquisa em saúde (TESSER, 2012).

Parte do tratamento nas PICs é relacionado à individualização do cuidado e o desenvolvimento do empoderamento do paciente sobre seu estado de saúde e doença. Por isso, pensar o efeito placebo como resultado da relação profissional-paciente (ou no caso da pesquisa, pesquisador-objeto do estudo) é considerar que esse momento de troca no consultório (espaço de pesquisa) é relevante para o processo de cuidado.

O efeito placebo permanece subvalorizado na medicina ocidental (TESSER, 2012). Resultados indicaram que 631 profissionais relacionaram as PICs ao efeito placebo, especialmente aqueles que não prescrevem ou utilizavam PIC.

Em relação à segurança, resultados indicaram que 165 profissionais relataram PIC como não segura e 96 como segura. Profissionais relataram o risco de substituir medicina convencional por PIC e outros relacionaram segurança de PIC com o menor risco de efeitos colaterais de tratamentos convencionais.

Profissionais estimaram uma abordagem de pesquisa baseada em evidências como possível e razoável. Entretanto, destacaram que a geração de provas em PIC é problemática devido à falta de financiamento da investigação e as barreiras percebidas para a realização de pesquisas sobre PIC em universidades, por isso sugeriram *networking* envolvendo universidades e associações profissionais.

A análise de experiências de PIC e o desenvolvimento de metodologias de aproximação com o universo institucional das PIC na APS,

"tipo pesquisa-ação ou avaliação de caráter participativo, podem contribuir para uma maior visibilidade e desdobramento institucional de pesquisas, além da produção de conhecimento e sua circulação acadêmica" (TESSER, 2012, p. 278).

6.1.7 Atitudes que os profissionais têm sobre PIC, conforto e confiança, conhecimento e familiaridade sobre PIC

Resultados indicaram que os profissionais reconhecem que a atitude de se tornar mais envolvido com PIC é inevitável. Profissionais têm em geral uma atitude positiva com PIC. A atitude negativa foi relacionada com falta de evidências e conhecimento, tratamentos ineficazes e caros.

Os resultados indicaram que maior conhecimento em relação às PICs gera maior conforto para os profissionais. Todavia, dentre os que têm conhecimento sobre PIC, muitos relatam ter dificuldade de compreender sua base teórica. As evidências produzidas sobre saúde ainda não dão conta de responder à singularidade de cada situação apresentada na APS (CUNHA, 2005).

O modelo explicativo da MTC costuma ser complexo para o padrão de pensamento ocidental (CUNHA, 2005). O mesmo vale para as demais PICs, com diferentes concepções de saúde e cuidado, que não se encaixam nos modelos fragmentados apresentados pela medicina ocidental.

Os modelos explanatórios tradicionais invocam conceitos encontrados na literatura antiga que persistem na prática moderna; as avaliações diagnósticas são usualmente realizadas pela combinação desses conceitos (KUREBAYASHI, 2011). Termos como yin e yang, *Tchi* ou *qi*, fazem parte dessa base teórica e orientam a prática clínica.

Profissionais conheciam mais sobre acupuntura e homeopatia e menos sobre fitoterapia, medicina antroposófica e tradicional chinesa. Os profissionais declararam buscar fontes informais de informação para compensar a falta de formação técnica, pois relataram a necessidade de estar bem informados sobre PIC e serem capazes de fornecer informações aos pacientes. A proposta não é considerar toda PIC uma atividade arriscada

(CUNHA, 2005), mas usar a PIC como um meio para ampliar a clínica e melhorar a relação profissional-paciente.

O emprego indiscriminado de plantas medicinais para fins terapêuticos é um fato comum na APS. Na concepção popular, existe disseminado que, por se tratar de um recurso natural, não oferece risco à saúde. É possível, por meio da educação dialógica entre profissional-paciente, trocar experiências e suscitar reflexões sobre os possíveis malefícios à saúde (ALVIM, 2011).

Diante das dificuldades e complexidades da APS, a onipotência de um ou outro saber não se justifica (CUNHA, 2005). É importante não desconsiderar o que não é conhecido, sendo urgente a formação dos profissionais para prescrever e orientar, com segurança e conhecimento técnico, sobre os benefícios e riscos das principais das PICs (FIÚZA, 2011).

6.1.8 Percepção sobre a indicação de PIC, vantagens e desvantagens de PIC

Os resultados indicaram que os profissionais citaram mais vantagens do que desvantagens e também inúmeras condições que a indicação de PIC é benéfica. Entre essas, muitos citaram a possibilidade de atender a pacientes que a medicina convencional não tem como atender, especialmente o paciente poliqueixoso, muito comum nos espaços de APS.

Atender ao paciente que apresenta diferentes queixas em relação ao cuidado demanda a Clínica Ampliada na APS. Esse processo possibilita que o profissional não restrinja sua relação clínica e possibilidades terapêuticas a nenhum saber. Porém, reconhecer limites de modelos teóricos requer aprendizado do profissional para lidar com novos sentimentos, por exemplo, ansiedade e tristeza de tratar sujeitos singulares, únicos, que não se encaixam em um modelo teórico com o qual o profissional se identifica profundamente (CUNHA, 2005).

Os profissionais híbridos estão em melhores condições de fazer uma clínica mais ampliada, pois, em vez de uma verdade única, convivem com a pluralidade de verdades e maior número de recursos terapêuticos. O desafio

é construir novos arranjos institucionais em que os profissionais não busquem mais encaixar os pacientes em diagnósticos, mas valorizem o sujeito e seus movimentos para tratar e cuidar (CUNHA, 2005).

A homeopatia traz contribuições para a ampliação da clínica com uma observação atenciosa e acolhedora da singularidade do Sujeito, cabe ao profissional perceber-se e perceber o outro (CUNHA, 2005). Isso vale também para as demais PICs, a partir de diferentes concepções de saúde e cuidado que valorizam tecnologias leves. Assim, permitem reflexões sobre o processo de trabalho e uma possível integralidade na APS, ao promover uma atenção centrada no paciente.

Entre as desvantagens do uso de PIC, os profissionais citaram muitas preocupações com o uso de fitoterapia pelos pacientes: interações com medicamentos e efeitos decorrentes de intoxicação. "Algumas substâncias de espécie vegetal podem apresentar eficácia igual ou superior às alopáticas, especialmente em situações de menor complexidade clínica", mais comum na APS (ALVIM, 2011, p.103).

Por isso é importante que profissionais e usuários tenham conhecimento adequado sobre finalidade, forma de preparo, dosagem e armazenamento das plantas. O ideal é conhecer todo o constituinte da planta, ou seja, seus princípios ativos, pois o excesso pode ser tóxico e acarretar prejuízos à integridade do organismo (ALVIM, 2011).

Os resultados incluíram relatos de médicos antroposóficos sobre reações adversas de tecidos cutâneos e subcutâneos referentes aos tratamentos. Os medicamentos da medicina antroposófica podem ser de origem mineral, vegetal e animal. As compressas (quentes ou frias), colocadas na pele, são coadjuvantes no tratamento e atuam minimizando o sofrimento e fortalecendo o indivíduo, o que auxilia na cura (NUÑEZ, 2011).

Nos resultados, medicamentos antroposóficos foram também indicados nos casos de diagnósticos de câncer, artropatias e dorsopatias. A lista de condições indicadas pelos profissionais para o uso de PIC foi extensa. Muitas das condições citadas para acupuntura estão presentes na lista de afeções tratadas segundo a OMS (OMS, 2002). Esta lista tem uma

ampla gama de condições, que vai além do tratamento de condições e dores músculo-esqueléticas.

A acupuntura é extremamente útil em situações de controle de sinais e sintomas que ainda não constituem doenças graves, e também em casos de doenças já instaladas, agudas, infecciosas, traumáticas, cujo tratamento pode ser associado com outros recursos terapêuticos da MTC, como fitoterapia chinesa (KUREBAYASHI, 2011).

Os resultados indicaram que profissionais escolhem PIC, pois acreditam que trata a causa das doenças, desde as com diagnósticos fechados na medicina convencional até as difíceis de tratar, como as de origem psicossomática e autoimunes, mas também como terapia de suporte para doença terminal, HIV/AIDS, câncer e luto. Apesar das lacunas no conhecimento e experiência, a incorporação de PIC possibilita ampliar a Clínica na APS.

6.2 PRÁTICAS HUMANIZADORAS

Em relação às práticas humanizadoras, emergiram quatro inter-relações das categorias de análise a partir do discurso dos profissionais da APS: 1) concepções de saúde e cuidado e influência da formação inicial e continuada em relação às práticas humanizadoras; 2) dificultadores e facilitadores das práticas humanizadoras; 3) atitudes dos profissionais e oferta de práticas humanizadoras e 4) interface da relação profissional-usuário e interface do trabalho em equipe com as práticas humanizadoras.

6.2.1 Concepções de saúde e cuidado e influência da formação inicial e continuada em relação às práticas humanizadoras

As concepções dos profissionais sobre saúde em relação às práticas humanizadoras incluem as perspectivas física, social, psicológica e espiritual em busca de bem-estar e qualidade de vida por meio de uma atenção integral ao usuário.

A concepção de cuidado incluiu o uso de tecnologias leves, a individualização do cuidado, o empoderamento dos usuários, corresponsabilidade, acesso aos serviços, acolhimento, referência e contrarreferência, trabalho em equipe, postura profissional, mudanças no processo de trabalho, atendimento de problemas sociais e oportunidade de mudanças de vida para os usuários.

Desde o final do século XX, no contexto brasileiro, diferentes propostas como integralidade, ações programáticas, promoção da saúde, humanização, têm buscado superar impasses técnicos, políticos e éticos na atenção à saúde. Essas propostas são movimentos que convergem e se sustentam mutuamente (AYRES, 2007). Como a maioria dos estudos incluídos nessa revisão foram de práticas brasileiras, não foi surpresa encontrar concepções de saúde e cuidado que incluíssem essas propostas e práticas.

A promoção de saúde é fundada em uma concepção ampliada de saúde-doença e seus determinantes. Nessa concepção, profissionais de saúde e população são vistos como sujeitos do processo, e o foco do cuidado volta-se para o modo de vida e as condições de trabalho dos indivíduos e grupos sociais e suas repercussões no processo saúde-doença (CHIESA, 2007).

Todavia, os profissionais da APS também citaram barreiras para trabalhar de acordo com essas concepções de saúde e cuidado, como a atividade em saúde marcada pelo individualismo, queixa-conduta, o fracionamento dos atos terapêuticos, a produtividade, a falta de condições de trabalho.

Os trabalhadores da equipe multidisciplinar, em geral, percebem que o trabalho em saúde é feito por diferentes profissionais em parcelas, mas, muitas vezes, não percebem que a autonomia absoluta de um profissional em relação aos demais trabalhadores e usuários dificulta a construção do saber-fazer comum (LOPES, 2007).

Esse foi o caso relatado por alguns profissionais em relação aos médicos e dentistas, que apresentaram dificuldade de participar do acolhimento e se isolaram em suas atividades na APS. Mas foi diferente do

que foi relatado em relação a alguns membros da equipe de enfermagem e outros profissionais que conseguiram se inserir no trabalho em equipe e ampliar suas ações na unidade por meio do acolhimento.

O cuidado no SUS, especialmente na APS, demanda correponsabilização e integralidade das ações, por isso requer também compreender que acolhimento não é triagem e queixa-conduta não deve ser o objetivo de cuidado das equipes.

Os profissionais da APS que entraram em contato com as práticas humanizadoras apresentaram concepções ampliadas de saúde e cuidado. Todavia essa ampliação nem sempre foi suficiente para modificar a lógica de trabalho nas unidades. Em alguns locais, essa segue centrada na queixa-conduta e em ações fragmentadas.

Os trabalhadores da saúde não são neutros, cada um deles tem sua própria visão do trabalho que fazem e concepções de saúde e doença, e essas visões e concepções afetam as práticas e como esses profissionais se colocam em relação às pessoas (PASCHE, 2010). Essas visões repercutem no trabalho em equipe realizado nas unidades e influenciam para a prática de um cuidado integral ou fragmentado.

A influência da divisão social do trabalho na saúde se reflete na fragmentação do cuidado, com divisão de tarefas e responsabilidades (LOPES, 2007). Com isso, apresenta-se também a alienação dos trabalhadores em relação ao cuidado e à equipe.

Ao construir nos serviços um espaço de encontro de ideias e concepções de mundo, possibilita-se o surgimento de novos saberes e práticas de saúde que respondam à demanda existente por cuidado (MACHADO, 2004). Essa demanda na APS é por um cuidado integral e corresponsável.

Para produzir cocuidado e corresponsabilização, é necessário repensar a micropolítica do processo de trabalho: reorganizar as práticas além do reducionismo sintoma-doença e realizar a ampliação da clínica (PASCHE, 2010) para, assim, atender à complexidade dos problemas e à singularidade das relações na APS.

O crescente desafio das instituições formadoras é preparar

profissionais para atuar nos diferentes níveis do Sistema de Saúde, especialmente na Atenção Básica, em consonância com o sistema, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CHIESA, 2007).

Profissionais, incluindo gerentes dos serviços de saúde, relataram a necessidade de mais capacitações e treinamentos para a equipe. Profissionais relataram que não chegam preparados para atuar na ESF e tampouco para manter práticas humanizadoras.Segundo os profissionais, esse despreparo não teve relação com o tempo de formado, mas com a falta desses conteúdos nos cursos de graduação e de educação continuada. Para trabalhar com concepções de saúde e cuidado ampliadas na APS, é necessário repensar concepções de saúde e cuidado difundidas na formação e capacitações, especialmente com relação às fortes marcas da medicina convencional como o individualismo e a fragmentação das ações, presentes nos cursos de saúde.

De modo geral, a formação inicial dos profissionais não os prepara para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque predominantemente biologicista, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde (CHIESA, 2007). Vale destacar a influência flexneriana na formação dos profissionais, baseada no mecanicismo, no biologicismo, no tecnicismo, no individualismo e no curativismo. Para atingir os objetivos preconizados pelo SUS, a prática nas UBS precisa ser (re)construída, por meio de currículos que considerem o perfil profissional e que respondam às necessidades da comunidade, articulando-se, assim, ensino e assistência (PEREIRA, 2003).

Quanto às práticas humanizadoras, especificamente, o ensino destas também sofre com a influência da biomedicina científica. O modelo racionalista, mecanicista e dualista da racionalidade científica, dominante na área da saúde, impossibilita o reconhecimento de outras “verdades” sobre cuidado e saúde, contrários ao reducionismo da clínica anatomopatológica e da fisiologia mecânica (MADEL, 2012).

Somam-se a essa limitação as dificuldades do ensino de temas como SUS e APS nos cursos de graduação e educação permanente para as equipes de trabalho, como, por exemplo, a forte crítica ao sistema e aos

contratempos relacionados à mobilização da equipe para fazer esta atividade.

O desafio de formar profissionais para atuar na promoção de saúde passa pela necessidade de desenvolver novas concepções do processo saúde-doença, educação, ser humano e sociedade, e também novas práticas de saúde, mais horizontalizadas e centradas no processo de trabalho (CHIESA, 2007).

A operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS em um novo modelo assistencial requer novos perfis profissionais. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde reafirmam a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior em formar profissionais voltados para o SUS e para as necessidades de saúde da população brasileira (CHIESA, 2007).

Na educação continuada, uma intervenção pedagógica em dois Centros de Saúde de Campinas, com temas sobre SUS e práticas humanizadoras, demonstrou que, após um ano, houve impacto na gestão e nos processos de trabalho de alguns serviços, com melhoria no acesso e na relação entre os profissionais e destes com a comunidade (RIMOLY, 2003). Entretanto, nesta intervenção, os profissionais médicos e dentistas não participaram.

Uma equipe de saúde necessita de competência técnica, assistencial e gerencial; demanda, além da formação básica, outras capacitações, especialmente quando estas competências envolvem trabalhar a escuta, a fala e a relação em grupo (RIMOLY, 2003). Este é o caso das competências que devem ser trabalhadas com todos os profissionais de saúde para a realização das práticas humanizadoras na APS.

6.2.2 Dificultadores e facilitadores das práticas humanizadoras

Profissionais indicaram dificultadores e facilitadores de práticas humanizadoras. Nos resultados, mais de 700 profissionais indicaram fatores que dificultaram e em torno de 300 citaram fatores que facilitaram a realização de práticas humanizadoras.

Muitos fatores foram citados tanto como um facilitador e um dificultador. Por exemplo, a gestão foi um facilitador quando foi participativa e um dificultador quando se apresentou de forma verticalizada. Outros exemplos foram a comunicação, as condições de trabalho, o trabalho em equipe.

A partir dos resultados, organizou-se um quadro que apresenta como estes fatores podem ser um dificultador ou um facilitador para as práticas humanizadoras (Quadro 14).

Quadro 14 Fatores citados como dificultadores e facilitadores de práticas humanizadoras.

Fatores	**Dificultadores**	**Facilitadores**
Feedback	Ausente	Presente
Comprometimento e responsabilidade com a comunidade	Ausente	Presente
Gestão	Verticalizada	Participativa
Tempo para atendimento	Falta tempo	Igual ou superior a 5 minutos
Referência e contrarreferência	Demora de até 2 anos	Presente
Condições de trabalho	Muitos usuários para atender, espaço físico inadequado, poucos recursos, profissionais insatisfeitos	Poucos usuários para atender, espaço físico adequado, recursos disponíveis
Trabalho em equipe	Ausente, atividades isoladas, sem momentos de discussão e avaliação, sem definição de papéis profissionais	Presente, divisão de tarefas, avaliação de atividades e desempenho, reuniões de equipe, diálogo presente
Participação SMS, CLS, terceiro setor	Ausente	Presente
Receptividade da comunidade	Ausente	Presente
Capacitação das equipes e educação permanente	Ausente	Presente
Prática	Burocrática, sem flexibilidade do horário de agendamento	Menos burocratizada, flexibilização do horário de agendamento
Funcionamento de grupos programáticos, grupos de apoio e oferta de serviços de outros profissionais	Ausente	Presente
Acolhimento	Ausente, não realizado por todos os profissionais	Presente, multiprofissional

Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Dessa forma, os dificultadores de práticas humanizadoras foram a falta de feedback; o comprometimento e a responsabilidade com a comunidade; o tempo para atendimento; a gestão verticalizada, sem participação de outros setores e sem trabalho em equipe; a demora para realizar referência e contrarreferência; as condições de trabalho inadequadas; a falta de receptividade da comunidade; a prática burocrática e sem acolhimento.

Estes fatores não estavam todos presentes em uma única prática, mas eram comuns em muitas unidades. Profissionais ainda citaram que não se identificavam ou não tinham formação específica de SUS e PSF para trabalhar na APS. Modificar estes fatores em busca de integralidade, clínica ampliada, humanização, universalidade é um desafio real das equipes, gestores e usuários.

Um dos maiores desafios éticos atuais no SUS é produzir vinculações terapêuticas que assegurem ao sujeito, à família e à rede social a possibilidade de serem cuidados no tempo (PASCHE, 2010). Dificuldades com acesso e encaminhamento impossibilitam o cuidado no tempo adequado e também refletem na relação equipe/profissional de saúde – usuário/comunidade, especialmente em relação ao vínculo e crédito com os serviços da APS.

Os facilitadores de práticas humanizadoras citados pelos profissionais incluíram a presença de feedback; o comprometimento e a responsabilidade com a comunidade; a gestão participativa; o tempo para atendimento maior de 5 minutos; as condições de trabalho adequadas; o trabalho em equipe, a receptividade da comunidade, a participação de outros setores, a capacitação das equipes; a prática flexível e com presença do acolhimento realizado em todos os momentos e multiprofissional. Estes fatores foram comuns em unidades que realizavam o acolhimento há algum tempo, que aumentaram o acesso dos usuários à unidade e realizavam reuniões de avaliação dos serviços com todos os profissionais.

O SUS requer uma mudança de atitude e valores dos atores sociais envolvidos na “consolidação do sistema (gestores, profissionais de saúde, políticos e formadores) e também dos cidadãos brasileiros, a quem é pedida

a virtude cívica de solidariedade em meio à cultura do individualismo" (ZOBOLI, 2010, p. 374).

Nos resultados, esta mudança foi percebida quando os profissionais relataram sobre a disponibilidade do usuário de "ceder vaga para outro mais grave" (A15). A complexidade dos problemas e a organização dos serviços na APS exigem mudanças de atitudes de profissionais e usuários.

A mudança também inclui oferecer condições de trabalho adequadas para que ocorra o comprometimento das equipes e a responsabilidade com a comunidade. É necessário formação e capacitação específica dos trabalhadores, além de uma gestão participativa, incluindo rede SUS, PSF, Conselho Local de Saúde, conselhos profissionais e terceiro setor, para favorecer o entendimento e promover a participação de profissionais e usuários.

Cuidar no SUS, especialmente na APS, exige de todos a reorganização dos processos de trabalho. É necessário construir novos modos de fazer, incluir o trabalhador na gestão dos serviços e "significa incluir o usuário, a família, a rede social no contrato clínico, no contrato terapêutico" (PASCHE, 2010, p. 389).

O adoecimento deve ser visto menos como fenômeno individual e deve ser relacionado com a família e o coletivo. Na APS, as ações de cuidado precisam aumentar a qualidade de vida dos usuários, assegurando-lhes mais protagonismo e menos sedação da doença (FERLA, 2004). Para, assim, construir um atenção em saúde "realisticamente utópica", capaz de deixar todos mais saudáveis e felizes, contribuindo para uma vida digna de ser vivida por profissionais e usuários (ZOBOLI, 2010, p. 380).

6.2.3 Atitude dos profissionais e oferta de práticas humanizadoras

Os resultados indicaram que houve diferença na compreensão dos profissionais sobre o que são as práticas humanizadoras. A maioria apontou uma melhor relação com usuário por meio do uso de tecnologias leves, outros relacionaram-nas com mudanças no processo de trabalho e muitos as relacionaram com ambos. É importante ressaltar que a humanização envolve

ambos os aspectos, tanto o uso de tecnologias leves quanto mudanças no processo de trabalho nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Entretanto, os resultados indicaram que alguns profissionais ainda confundem acolhimento com triagem. É importante ressaltar que o acolhimento não se limita ao ato de receber, que usualmente tem seu lugar na entrada ou na recepção da unidade; este incorpora uma sequência de atos e atitudes no interior do processo de trabalho com vistas a propiciar o atendimento centrado no usuário (ZOBOLI, 2006).

Em relação à oferta, em alguns serviços, a equipe de saúde ou alguns profissionais estavam envolvidos em práticas de acolhimento, com o objetivo de aumentar o acesso, o vínculo e a responsabilização. Em outras unidades, não se realizava a prática do acolhimento como forma de reorganizar o processo de trabalho, mas os profissionais buscavam melhorar o processo de cuidado e a relação com usuários por meio da integralidade e escuta ampliada.

Todavia, profissionais relataram problemas na oferta de práticas humanizadoras relacionados com infraestrutura, falta de sinalização nos serviços, sala de espera inadequada, horários fixos sem possiblidade de flexibilização, gestão verticalizada, falta de materiais e de pessoal para realizar os atendimentos.

Ademais, trabalhadores e gestores relataram e observou-se, em algumas USF, que o acesso dos usuários era restrito e limitado, com aglomeração de usuários nas recepções, substituição de filas reais por filas em “listas”, sendo excludente para especialidades médicas e procedimentos de alta e média complexidade.

Na Atenção Básica, os trabalhadores executam seu trabalho em uma dada estruturação determinada pelo serviço, mas os elementos fixos do trabalho – como as placas, os folhetos, as regras, as rotinas – podem ser utilizados de forma a orientar os usuários segundo suas necessidades (MATUMOTO, 2001).

Profissionais relataram que a oferta de práticas humanizadoras, especialmente a implementação do acolhimento, resultou em mudanças nas equipes. Os resultados indicaram que a equipe de enfermagem, muitas

vezes, encontra-se na frente do acolhimento, com a presença de técnicos e auxiliares de enfermagem. Na equipe do acolhimento, participam também os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais do serviço social e Auxiliares do Cirurgião Dentista (ACD). A enfermeira participa da equipe do acolhimento e, muitas vezes, assume um papel na retaguarda da equipe e dos ACS. Também na retaguarda encontra-se o médico, como apoio e assessoria da equipe de acolhimento, todavia sem apresentar grandes mudanças na prática do seu trabalho. O cirurgião-dentista também não apresentou muitas mudanças na sua prática, ainda que tenha assumido papel na equipe e na retaguarda do acolhimento realizado pelo auxiliar de CD.

Profissionais relataram que a implementação do acolhimento nos serviços trouxe importantes mudanças na prática dos profissionais não médicos na AB, especialmente para os ACS e profissionais da equipe de enfermagem. Atende, assim, uma ideia central do acolhimento, que é retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado e ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais (TESSER, 2010).

Entretanto, os resultados indicaram que muitas vezes o resultado do acolhimento era consulta médica ou medicamento, sendo esse processo muitas vezes confundido com Pronto Atendimento. Dessa forma, afasta-se do objetivo das práticas humanizadoras, que é aumentar o vínculo e atender às necessidades a partir de um cuidado centrado no usuário.

6.2.4 Interface da relação profissional-usuário e interface do trabalho em equipe com as práticas humanizadoras

Profissionais relataram diferentes percepções sobre as relações com usuários. Houve aqueles que descreveram essa relação como difícil, descrevendo os usuários negativamente e dentro de um olhar biológico; outros destacaram a complexidade e a singularidade destes, com possibilidade de fomentar uma relação de respeito e solidária.

Os serviços de saúde se realizam sobre pessoas, não objetos, e para tal se baseiam em uma inter-relação na qual os usuários são coparticipantes e corresponsáveis pelo sucesso ou insucesso da terapêutica. Para isso, é

fundamental refletir sobre a forma de perceber este usuário: mero consumidor de atos de saúde ou sujeito singular, autônomo que precisa de atos cuidadores para recuperar seu modo de andar a vida (ZOBOLI, 2006).

A primeira forma está presente em todas as áreas da saúde e consiste na crescente medicalização social. Este processo inclui categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, de modo a oferecer explicações naturalizadas e terapias reduzidas ante a complexidade dos sintomas (TESSER, 2010).

Os serviços devem estar estruturados para atender aos problemas reais dos usuários sob sua responsabilidade personalizada, sem deixar de fazer ações programadas e vigilância. A proposta do acolhimento é ampliar a clínica e incluir outras explicações possíveis (que não somente as biomédicas) para os adoecimentos por meio de uma prática profissional com alto grau de comunicação, interpretação e negociação interdisciplinar, estimulando o vínculo, acalmando ansiedades e buscando soluções com os usuários (TESSER, 2010).

Profissionais relataram que a relação com usuários melhorou com a implantação do acolhimento e citaram a comunicação como uma estratégia. Entretanto, profissionais também relaram problemas com a comunicação, como dificuldade de expressão dos usuários e de compreensão das orientações de cuidado.

Inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores da saúde e a população têm ocorrido pela dificuldade de ouvir as demandas dos pacientes e de tratá-los como outro sujeito, com desejos, crenças e temores. Muitos profissionais preferem lidar com doenças, lesões e disfunções a partir de um referencial biomédico do que com sofrimentos (SILVA JUNIOR, MERHY e CARVALHO, 2003).

O cuidado centrado no paciente demanda tirar o máximo proveito do espaço relacional como espaço terapêutico, além do uso de outras tecnologias que desloquem o eixo da correção de disfuncionalidades para o fortalecimento da autoestima, autonomia e vida saudável (SILVA JUNIOR, MERHY e CARVALHO, 2003).

O êxito técnico no controle de um risco, no alívio de um sintoma ou

na correção de uma disfunção transforma-se em sucesso prático quando vai ao encontro de um projeto de felicidade, ou seja, considera os valores que orientam positivamente a vida com as concepções de saúde dos indivíduos (AYRES, 2007).

Profissionais e gestores relataram problemas na relação com usuários relacionados à dificuldade de acesso, consultas e encaminhamento. A dificuldade para conseguir atendimento, referência e contrarreferência nas unidades influencia a criação de vínculo e a continuidade do cuidado.

Entretanto, Carvalho (2005) destaca que é necessário atenção especial para que a integralidade não seja utilizada no sentido de atender a necessidades criadas por estratégias de marketing e aliciamento de profissionais de saúde e usuários, a partir da ganância sob a doença alheia. Não se pode praticar integralidade de medicamentos sem discutir a desmedicalização, ou a integralidade de exames, sem refletir sobre que exames fazer e para quais agravos.

A integralidade a ser defendida é a de dupla concepção: vertical, a partir de uma concepção de ser humano inteiro e único; e horizontal, com ações e serviços de saúde cujo objetivo é a promoção (trabalhar sobre as causas das doenças), proteção (trabalhar sobre os riscos de adoecer) e recuperação (trabalhar sobre o homem já acometido pela doença) da saúde (CARVALHO, 2005).

Na AB, cada trabalhador, ao entrar em contato com o usuário, ou com outros trabalhadores, realiza o trabalho vivo em ato, ou seja, realiza o cuidado a partir do encontro entre sujeitos, com liberdade, criatividade e inventividade. Este processo permite a cada trabalhador exercer seu trabalho com um alto grau de liberdade, praticando, assim, um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva (FRANCO e MERHY, 2011).

O trabalhador torna-se, dessa forma, produtor e produto de modelos tecno-assistenciais. Hegemonicamente, a produção de cuidado está marcada por um modelo tecno-assistencial centrado em procedimentos e por um alto consumo de produtos, ainda assim, pode-se promover a construção de novos saberes e práticas que resignifiquem o trabalho em saúde, sobretudo o cuidado, a partir de um foco no campo relacional (FRANCO e MERHY,

2011).

As práticas humanizadoras trabalham em uma perspectiva que coloca o centro do processo de trabalho no campo relacional, por meio de espaços de diálogo e de troca de saberes entre trabalhadores e usuários. Ambos os espaços relacionais, trabalhador-usuário-comunidade e trabalhador-equipe-gestor, devem ser modificados para incluir as práticas humanizadoras na AB e se modificam com a sua inclusão.

Profissionais relataram necessidade de realizar avanços no trabalho em equipe para melhorar a oferta de práticas humanizadoras. O trabalho em equipe foi relatado/observado em algumas equipes e, em outras, não. Profissionais relacionaram a prática interdisciplinar com melhora na qualidade do atendimento.

Cecílio (2001, p.117) propõe a imagem de que, quando alguém busca o serviço de saúde, está trazendo consigo uma "cesta de necessidades de saúde" e que cabe à equipe ter sensibilidade e preparo para escutar, decodificar e atender da melhor forma possível. As necessidades de saúde estão relacionadas com a maneira que a pessoa vive, o adequado acesso às tecnologias para melhorar e prolongar a vida, o estabelecimento de vínculo como encontro de subjetividades e a busca pela autonomia no modo de andar a vida.

Atender necessidades pode ser ter acesso a procedimentos de alta complexidade ou participar de atividades grupais, como um grupo de controle do tabagismo, dependendo do usuário. Para perceber essas diferentes demandas, é necessário a maior integralidade possível no atendimento de cada profissional e como fruto da equipe multiprofissional. Todavia, a integralidade nunca será plena em um serviço de saúde singular, pois essa depende de uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços e instituições (CECILIO, 2001).

Houve profissionais que relacionaram o trabalho realizado em equipe como mais pesado e complexo, com dificuldade na definição dos papéis profissionais e sobrecarga devido à pressão da demanda decorrente do acolhimento, gerando desgaste dos profissionais.

Os profissionais precisam desenvolver conceitos claros em relação a

seu trabalho, evitando a sobrecarga, participando nas decisões organizacionais e definindo claramente seus papéis como cuidadores, com comunicação clara e sem superenvolvimento que ameace sua integridade pessoal (SHOLZE, 2009).

Flexibilidade, diversidade e versatilidade nas ações profissionais, somadas à abertura e à acessibilidade dos serviços à demanda podem gerar maior possibilidade da equipe de imergir no mundo sociocultural da comunidade, trocar saberes, realizar melhor o acolhimento e garantir o acesso (TESSER, 2010).

Os profissionais relataram como estratégias para melhorar o trabalho em equipe a gestão democrática, as reuniões de equipe e uma adequada divisão de tarefas e papéis profissionais.

A gestão local deve buscar formas de proteção para a equipe, diminuindo a angústia, a carga exaustiva de trabalho e o estresse emocional, de modo a permitir que prossiga lidando com a demanda e com a realidade sofrida da população brasileira (TESSER, 2010).

Todavia, a capacidade dos níveis gestores de influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida e muito diferenciada, uma vez que as práticas de cuidado estão mediadas pela singularidade de cada um (FRANCO e MERHY, 2011).

Por isso, trabalhadores, gestores locais, distritais, municipais e regionais devem ser solidários na construção da integralidade e da equidade, nas esferas macro e micro, de forma recursiva e dialética, por meio de novas formas de coordenação, implementação e avaliação do trabalho em saúde (CECILIO, 2001).

6.3 METASSÍNTESE

A partir dos achados da revisão sistemática sobre concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS, chegou-se à metassíntese.

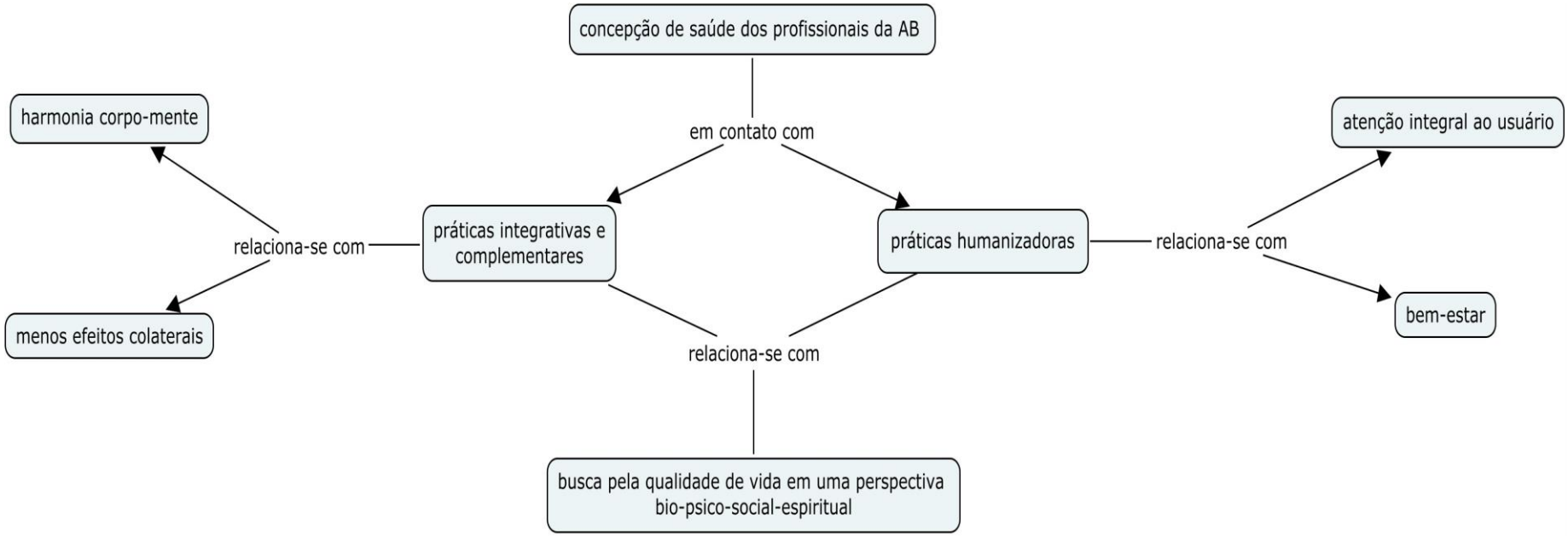
A metassíntese incluiu quatro domínios: 1) Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS;

2) Oferta de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS; 3) Implicações para a prática de enfermagem na APS e 4) Influência da formação inicial e continuada dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras. Nestes domínios, foi possível realizar uma síntese sobre os achados das práticas integrativas/complementares e humanizadoras.

6.3.1 Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS

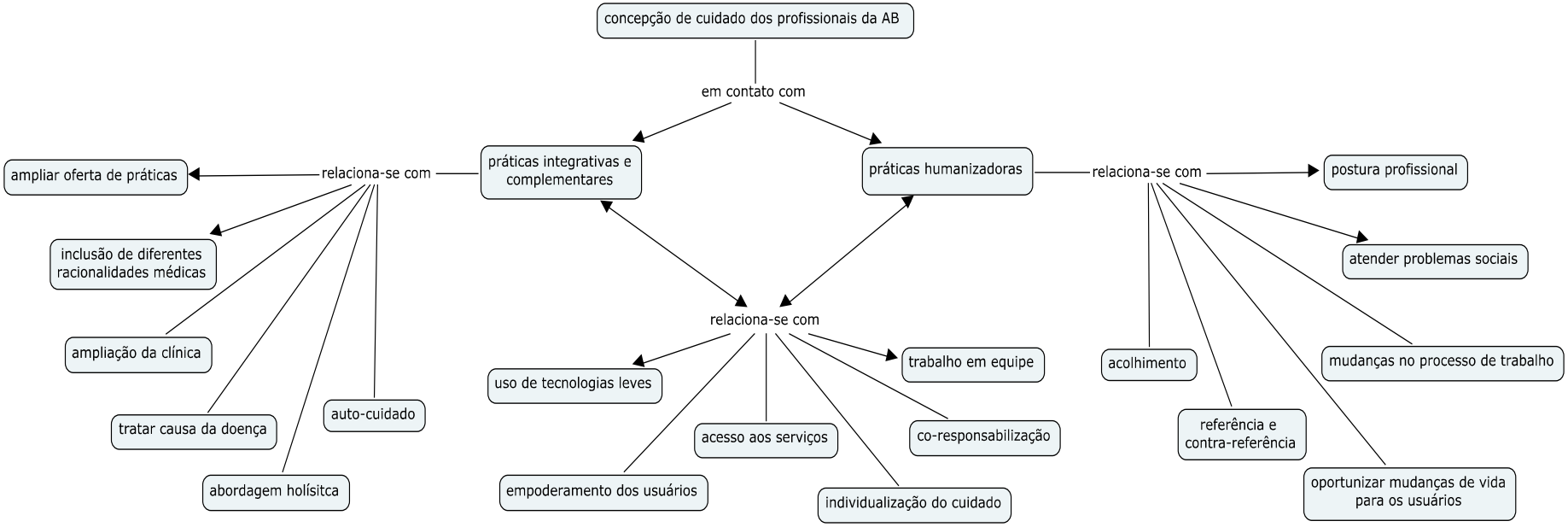
A partir das categorias de análise das práticas integrativas/complementares e humanizadoras, pôde-se identificar concepções de saúde e cuidado comuns às duas práticas e também concepções exclusivas que estão demonstradas nos mapas conceituais a seguir (Figuras 3 e 4).

Figura 3 Mapa conceitual das concepções de saúde das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS



Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Figura 4 Mapa conceitual das concepções de cuidado das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS



Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

As concepções de saúde e cuidado apresentadas nos mapas conceituais podem ser consideradas conceitos de nível médio (MORSE, 2004), pois são específicos para profissionais da APS em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras.

A concepção de saúde comum às práticas integrativas/complementares e humanizadoras é a busca pela qualidade de vida em uma perspectiva bio-psico-socio-espiritual. A concepção de cuidado comum às práticas incluiu individualização do cuidado, uso de tecnologias leves, trabalho em equipe, acesso aos serviços, empoderamento e corresponsabilização.

Em relação especificamente às práticas integrativas/complementares, a concepção de saúde ainda se relacionou com harmonia corpo-mente e menos efeitos colaterais; e a concepção de cuidado, com ampliar oferta de práticas, incluir diferentes racionalidades médicas, ampliar a clínica, tratar causa da doença, abordagem holística e autocuidado.

Quanto às práticas humanizadoras especificamente, a concepção de saúde ainda relacionou-se com atenção integral ao usuário e bem-estar; e a concepção de cuidado, com postural profissional, atender problemas sociais, mudanças no processo de trabalho, oportunizar mudanças de vida para os usuários, referência e contrarreferência e acolhimento.

Pode-se indicar que as concepções de saúde e cuidado apresentadas pelos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras estão de acordo com a proposta de clínica ampliada da APS, visto que apresentam saúde como uma busca pela qualidade de vida, ao invés do ideal de completo bem-estar e apresentam cuidado incluindo o uso de tecnologias leves, acesso aos serviços e empoderamento do usuários, não se limitando às tecnologias duras, ao uso de medicamentos e à consulta médica.

A idealização de saúde como completo bem-estar não está de acordo com a realidade da APS. A APS é a porta de entrada do sistema de saúde e a linha de frente de cuidado. A APS demanda uma clínica ampliada que permita reconhecer as necessidades de saúde e organizar ações de promoção

de sáude e prevenção de doenças, conjuntamente entre profissionais, usuários e comunidade.

O contato com as práticas integrativas/complementares e humanizadoras não é o único caminho pra ampliar a clínica e tampouco suficiente em si. Profissionais já podem trabalhar em uma perspectiva de clínica ampliada antes de implantar o acolhimento ou de incluir homeopatia como um serviço na unidade. E muitos outros podem continuar a não ampliar a clínica mesmo após a incorporação dessas práticas na APS.

Portanto, entende-se que são as concepções de saúde e cuidado dos profissionais que interferem nas suas práticas, e que o contato com as práticas integrativas/complementares e humanizadoras podem modificar essas concepções conforme proposta da clínica ampliada para a APS.

Dentre as práticas integrativas/complementares e humanizadoras apresentadas nos estudos que fazem parte desta revisão sistemática, pode-se indicar que as seguintes práticas contribuíram para a efetivação da Clínica Ampliada: acupuntura, fitoterapia, homeopatia, antroposofia, acolhimento, acesso, integralidade e algumas estratégias do cuidado centrado no paciente. Essa lista se deve ao fato de que estas práticas contribuíram para a individualização do cuidado, bem- estar e qualidade de vida dos usuários, ainda que tenham apresentado dificuldades de implementação na APS.

A implementação das práticas integrativas/complementares e humanizadoras favoreceu a ampliação da clínica na APS ao aumentar a oferta de terapêuticas além da medicina ocidental e também ao promover mudanças no processo de trabalho, com maior acolhimento no espaço de encontro entre profissional-usuário e profissional-equipe.

Entretanto, o contato dos profissionais de saúde da APS com as práticas integrativas/complementares e humanizadoras não basta para inverter a lógica de cuidado fragmentado e centrado na doença-sintoma. Para modificar o processo de trabalho na APS, é fundamental reconhecer e refletir sobre as diferentes concepções de saúde e cuidado das práticas integrativas/complementares e humanizadoras, indicando suas complementariedades e oposições.

Profissionais de saúde compreendem que a estrutura e a forma de trabalho na APS influencia o acesso e a integralidade do cuidado, que o acolhimento como um processo em construção e que a humanização permite a (re)significação do processo de trabalho.

Todavia, ainda que os profissionais compreendam a ideologia e os conceitos relacionados à assistência centrada no paciente, existe uma dificuldade ideológica para realizar a corresposabilização do cuidado, uma vez que interfere com a identidade profissional apresentada pela medicina convencional. A reflexão sobre concepções de saúde e cuidado pode favorecer a transição para a integralidade e humanização da assistência.

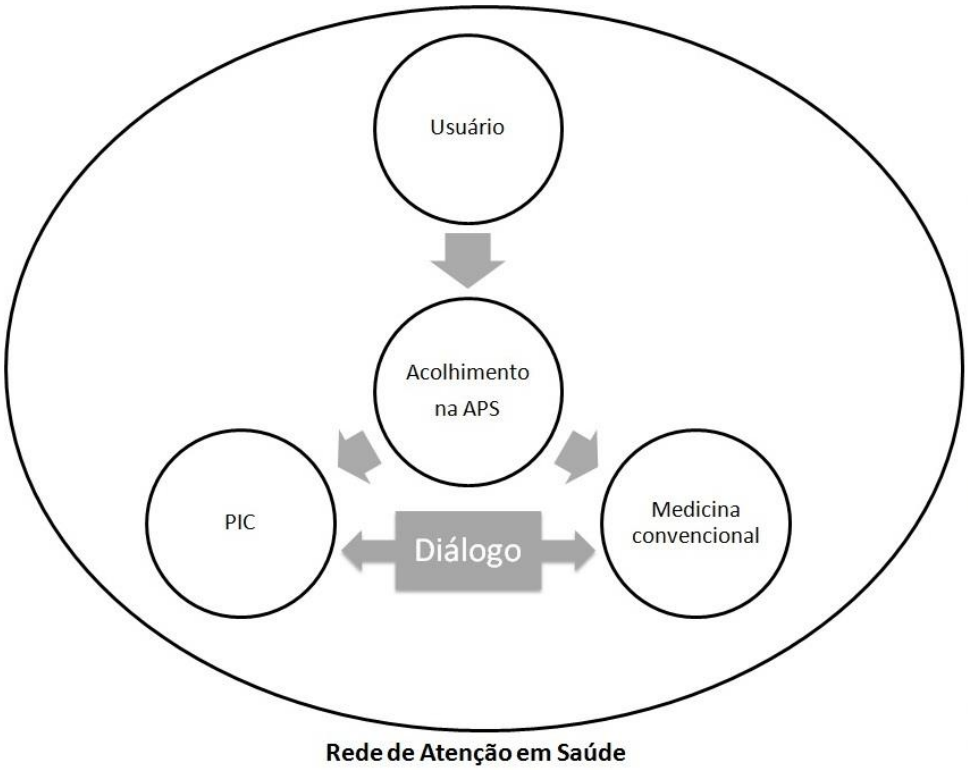
6.3.2 Oferta das práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS

Em relação à oferta de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS, profissionais relataram que os serviços e os profissionais precisam estar preparados para integrar essas práticas e que essa oferta já ocorre na APS.

O profissional que oferece PIC e medicina convencional é o profissional híbrido, conforme descrito por Barros (2000), e exemplos deste foram descritos nos resultados. Também foram descritos nos resultados exemplos do profissional humanizado, aquele que trabalha na proposta das práticas humanizadoras.

Portanto, a partir dos achados, sugere-se um modelo de oferta dessas práticas na APS. Primeiro, é necessário realizar o acolhimento do usuário por um profissional híbrido, ou que tenha contato com diferentes racionalidades, e humanizado, que seja capaz de ouvir e respeitar os valores e escolhas do usuário; segundo, é preciso encaminhar esse usuário para realizar práticas de cuidado, que podem ser integrativas/complementares ou convencionais. Para isso, é necessário uma atenção multisciplinar, onde os profissionais conversem entre si, referenciando e discutindo casos de pacientes e famílias, e também considerar a Rede de Atenção à Saúde (Figura 5).

Figura 5 Modelo de oferta de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS



Fonte: Schveitzer MC. Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

É necessário dividir a responsabilidade de cuidado entre profissionais de saúde e usuários, tirar a exclusividade da referência para PIC do profissional médico, e ampliar a oferta de práticas de cuidado na APS. Os serviços precisam estar preparados para receber as práticas de saúde humanizadas e das diferentes racionalidades, mas, para que o sistema possa atender a essa nova demanda, pode ser que legislação específica tenha que ser desenvolvida de modo a assegurar o funcionamento e a continuidade dessas práticas.

Em relação ao acolhimento, é importante notar a especificidade da organização desse serviço na APS. A proposta realizada a partir dos resultados é que esse serviço não seja exclusivo de um profissional no serviço, tampouco restrito ao acesso à unidade, mas, sim, deve acompanhar todo o processo de cuidado do usuário, promovendo o diálogo, o

empoderamento e o vínculo.

Frente às limitações de acesso e resolubilidade da APS que podem gerar nos profissionais sentimentos de fracasso, as práticas integrativas/complementares e humanizadoras podem soar como possibilidade para o cuidado integrativo e holístico que almejam prestar aos pacientes. Em certa medida, essas práticas podem contribuir para isso, no entanto, não são suficientes. É preciso ter presente que a integralidade que os profissionais querem ofertar na atenção é fruto das Redes de Atenção à Saúde, que garantem a continuidade do cuidado nos diversos pontos de assistência.

O processo de trabalho na APS pode gerar dificuldades para a realização de um cuidado integrativo e holístico. A incorporação de práticas integrativas/complementares e humanizadoras aparece como alternativa e vem sendo introduzida com a presença de profissionais que integram medicina convencional e PIC, utilizam tecnologias leves e buscam qualidade de vida para os usuários.

6.3.3 Implicações para a prática de enfermagem na APS

Para discutir sobre a prática da enfermagem e o papel deste profissional na APS, primeiro optou-se por retormar os conceitos relacionados a essa profissão nas teorias de enfermagem para depois compará-los com as concepções de saúde e cuidado dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS.

Para que o enfermeiro possa examinar em profundidade um fenômeno, o modo mais lógico e efetivo de começar é definindo o conceito de interesse. Isso possibilita o desenvolvimento de teorias que têm como objetivo direcionar a prática clínica (BOUSSO, 2014).

Os conceitos são os tijolos das teorias de enfermagem (CHIN e JACOBS, 1983 APUD RYLES, 1999). Desde 1980, essas teorias foram incluídas nos currículos dos cursos de enfermagem com o objetivo de aproximar teoria e prática e melhorar a qualidade da assistência oferecida (MCKENNA, 2005).

As teorias foram apresentadas como uma panaceia para os problemas de enfermagem na prática, educação, administração e pesquisa. Todavia, esse objetivo não foi atingido, e a crise de credibilidade destas ainda permanece no início do século XXI (MCKENNA, 2005).

Os conceitos mais comuns presentes nas teorias e filosofias de enfermagem são saúde, pessoa, meio ambiente, enfermagem e cuidado. Muitas estudiosas tentaram compreender o que é enfermagem a partir da compreensão destes conceitos. A seguir (Quadro 15), apresentam-se as definições correspondentes das teóricas Dorothea Orem e Calista Roy (MCKENNA, 2005).

Quadro 15 Conceitos de saúde, pessoa, enfermagem e meio ambiente das teóricas Dorothea Orem e Calista Roy (MCKENNA, 2005).

Conceito/teórica	Orem (1980)	Roy (1971)
Saúde	Um estado do todo ou de integridade do indivíduo, com suas partes e seu modo de funcionamento	A adaptação da pessoa ao estímulo em uma contínua linha entre bem-estar e mal-estar/doença
Pessoa	Um todo funcional integrado com motivação para atingir o autocuidado	Um ser bio-psico-social representado como um todo integrado
Enfermagem	Um serviço humano relacionado com as necessidades do cliente e sua habilidade para o autocuidado e para ajudar a sustentar a saúde, recuperar da doença e dos problemas ou lidar com seus efeitos	Um serviço com valor social com o objetivo de promover uma adaptação positiva para os estímulos e estressores encontrados pelo cliente
Meio	Um subcomponente do ser humano, e com este forma um sistema integrado relacionado ao autocuidado	Ambos interno e externo. A partir do meio, o ser humano está sujeito a estressores

Fonte: Mckenna H. Nursing theories and models. New York: Routlege, 2005.

Outros conceitos também foram apresentados nas teorias de enfermagem: Florence Nightingale apresentou a relação da pessoa e do meio com a saúde; Martha Rogers continuou demonstrando essa relação e

incluiu a integralidade e o cuidado holístico; Rosemarie Parse ampliou a percepção do ser humano incluindo o domínio espiritual; Madeleine Leininger incluiu os aspectos culturais; Virginia Henderson, as necessidades básicas e o autocuidado; Hildegard Peplau destacou a importância das relações interpessoais; Afaf Meleis acrescentou o conceito de transições; Jean Watson incluiu o conceito de evento crítico e cuidado humano e Wanda Horta, o conceito de necessidades humanas básicas (MCKENNA, 2005; MELEIS, 2011; OLIVEIRA, 2012).

Dessa forma, percebe-se que as teorias de enfermagem apresentam conceitos de saúde e cuidado ampliados, relacionados com o contexto bio-psico-social-espiritual, a integralidade, as relações interpessoais, o autocuidado, o atendimento de necessidades.

Os profissionais, em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS, relacionam saúde com a busca pela qualidade de vida em uma perspectiva bio-psico-socio-espiritual e a concepção de cuidado que incluiu individualização do cuidado, uso de tecnologias leves, trabalho em equipe, acesso, empoderamento e co-responsabilização.

Logo, tanto as teorias de enfermagem quanto os profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS apresentam concepções de saúde e cuidado da clínica ampliada, não restritas a conceitos idealizados e fragmentados do que é saúde e cuidado.

Dessa forma, tanto as teorias quanto essas práticas podem favorecer os enfermeiros a reconhecerem e reafirmarem o papel da enfermagem relacionado a buscar qualidade de vida para aquele que não tem mais a capacidade de cuidar de si mesmo sozinho, ou seja, o enfermo. Enfermo vem da palavra *infirmus*, que quer dizer aquele que não tem força ou capacidade (BARBOSA, 2000). Neste caso, enfermo deve ser compreendido como o indivíduo que, além de estar com uma doença, tem a demanda por orientação, vontade ou empoderamento para cuidar de si e dos seus.

Dentre os estudos incluídos na revisão sistemática, um enfermeiro da ESF, em uma unidade que não apresentava práticas humanizadoras, relatou que não via mais o que fazer por um paciente portador de uma doença

terminal. Esta situação é a demonstração máxima do desencontro de um profissional da enfermagem com o seu papel profissional. Enfermagem vai além do diagnóstico, ser enfermeiro é cuidar daquele que não tem capacidade para fazê-lo em todos os estágios da vida e do processo de morte.

Sendo assim, entende-se que as concepções de saúde e cuidado dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS vai ao encontro do papel da enfermagem como foi proposto em muitas das teorias de enfermagem. Esse papel vai ao encontro de uma concepção de saúde relacionada com qualidade de vida, cuidado holístico e integral, ambos necessários para a realidade da APS. Esse papel é fundamental para promover o reconhecimento da enfermagem e melhorar a qualidade da assistência ofertada na APS.

Todavia, entende-se que esta forma de trabalho é contrária à concepção fragmentada e medicalizada de saúde atualmente presente nos ambientes de trabalho, apresentada na mídia e ensinada em cursos em saúde. Por isso, faz-se necessário investir no trabalho em equipe multiprofissional, no acolhimento nas unidades, tanto para os usuários quanto em relação aos profissionais, nos espaços terapêuticos e no uso de tecnologias leves, para promover momentos de encontro que criem vínculo, melhorem o cuidado e o reconhecimento da enfermagem pelos usuários e pelos demais profissionais.

A enfermagem enquanto prática social demanda a reflexão sobre a complexidade das questões sociais e da saúde, em consonância com as pluralidades da sociedade atual. O enfermeiro precisa conjugar, no cotidiano do trabalho, princípios e valores com competência técnica, em uma atmosfera de corresponsabilização e acolhimento (ZOBOLI e SCHVEITZER, 2013).

6.3.4 Influência da formação inicial e continuada dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras

Profissionais relataram necessidade de maior formação inicial e

continuada sobre as práticas integrativas/complementares e humanizadoras. Maior formação foi relacionada com maior aceitação das PICs e também com maior habilidade para atuar na APS.

Para trabalhar na APS de acordo com as concepções ampliadas de saúde e cuidado dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras, é necessário rever as práticas e os conteúdos de ensino dos cursos de graduação e também da educação continuada associada aos serviços.

Os novos currículos que buscam integralidade e multidisciplinaridade são importantes para promover habilidades e produzir conhecimentos necessários para que os trabalhadores atuem na complexidade da APS. Experiências de cursos de educação continuada promovidos pelos serviços também têm ajudado a desenvolver competências para diminuir a fragmentação do cuidado e a valorização do processo de trabalho no SUS.

Entretanto, se são as concepções de saúde e cuidado que influenciam as práticas de trabalho de estudantes e profissionais, um grande desafio na formação é promover reflexão sobre essas concepções. O contato com as práticas integrativas/complementares e humanizadoras promoveu a ampliação das concepções de saúde e cuidado dos profissionais na APS. Assim, entende-se que um maior contato com essas práticas durante a graduação e cursos de educação continuada também poderá favorecer a reflexão dos estudantes e profissionais sobre suas concepções.

Outra forma de promover a reflexão sobre as concepções de saúde e cuidado é questionar as concepções idealizadas de saúde e cuidado oferecidas nas disciplinas e nos cursos, difundidas pela mídia e incorporadas sem questionamento nos serviços. A proposta é refletir sobre a ilusão de que todos buscam a mesma saúde e o mesmo cuidado e promover a busca pela qualidade de vida em um âmbito bio-psico-social-espiritual.

> "A qualidade de vida e saúde depende da satisfação tanto das necessidades necessárias (de sobrevivência e reprodução), quanto das propriamente humanas, de proteção, afeto, compreensão, acesso a educação e cultura, lazer, participação, criação, identidade, liberdade, relacionadas à autorrealização,

> baseadas na igualdade e no livre e mútuo reconhecimento da condição humana" (OLIVEIRA, 2012, p. 404).

Os cursos de formação inicial e continudada na área da saúde (de práticas integrativas/complementares, humanizadoras e convencionais) devem considerar as concepções ampliadas de saúde e cuidado de forma a atender às necessidades em saúde da população da APS. Para isso, essas formações devem promover o uso de tecnologias leves, o empoderamento dos usuários, a corresponsabilização, a individualização do cuidado e o trabalho em equipe.

Aproximar os conteúdos das práticas integrativas/complementares, humanizadoras e convencionais de concepções ampliadas de saúde e cuidado é um desafio e demanda compromisso por parte dos professores, alunos (estudantes e profissionais) e instituições. Com esse processo, busca-se diminuir o sofrimento dos profissionais no processo de trabalho na APS, melhorar a qualidade da assistência oferecida a partir do atendimento de necessidades em saúde de indivíduos e famílias, e o fortalecimento das relações profissional-usuário e profissional-equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Profissionais da APS apresentaram as seguintes concepções de saúde e cuidado em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras: saúde foi descrita como a busca pela qualidade de vida em uma perspectiva bio-psico-socio-espiritual e cuidado foi relacionado à individualização do cuidado, uso de tecnologias leves, trabalho em equipe, acesso e empoderamento.

Em um primeiro momento, pode-se pensar que as práticas integrativas/complementares e humanizadoras são completamente distintas, oriundas de diferentes referenciais teóricos. Porém, ambas buscam a integralidade, por meio da qualidade de vida e individualização do cuidado. Ambas modificam a prática e o trabalho em equipe. Ambas valorizam as tecnologias leves, o acesso e o empoderamento. E, dessa forma, vão ao encontro dos valores do SUS e do cuidado ético.

A implementação de práticas integrativas/complementares e humanizadoras é parte do processo de efetivação do SUS. A revisão evidenciou que, na visão dos profissionais de APS, essas práticas podem, por sua forma de explicar e cuidar no processo saúde-doença, ainda que não sempre, evitar alguns dos efeitos colaterais das intervenções da medicina convencional e contribuir para a satisfação do usuário.

Assim, é possível afirmar que a efetivação dessas práticas na APS poderia favorecer, no SUS, a consideração da singularidade dos usuários e famílias e aumentar a satisfação com a qualidade da atenção recebida. Isso porque os profissionais de saúde que mantêm contato com essas práticas acabam ampliando suas concepções de saúde e cuidado.

Essa ampliação pode contribuir para o reconhecimento respeitoso das diferentes racionalidades explicativas da saúde e cuidado, na perspectiva da interculturalidade na atenção à saúde e, nessa medida, contribuir para uma abordagem mais integral do processo saúde-doença. A revisão evidenciou que, nos serviços onde a medicina integrativa ocorre, há solo mais fértil para a reconstrução da atenção à saúde e dos processos de

trabalho das equipes, dado o respeitoso convívio de lógicas distintas, ainda que com predomínio da racionalidade biomédica.

Tanto as práticas integrativas/complementares quanto as humanizadoras apresentaram dificuldades de implementação na APS, especialmente relacionadas com o processo de trabalho. Ambas as práticas têm sido usadas pelos profissionais como forma de ultrapassar os limites da biomedicina, com mudanças na forma de trabalho na APS, com foco nas relações e na ampliação da clínica. A oferta das práticas, somada à reflexão das concepções de cuidado e saúde, pode transformar o espaço de encontro entre profissionais-usuários-comunidade e profissionais-equipe-gestor em busca de relações mais humanas e éticas.

Dadas as especificidades de seu trabalho, os profissionais da enfermagem reconhecem como seu papel na inserção das práticas integrativas na APS a valorização das tecnologias leves para o esclarecimento e apoio aos usuários na opção pelas PIC. Para que possam esclarecer os usuários sobre as PICs, é preciso que sejam capacitados para isso. Ainda que não se tornem adeptos ou defensores das PIC, é preciso que os enfermeiros tenham conhecimento suficiente para compartilhar decisões com os usuários, na corresponsabilização pela saúde e cuidado.

O processo de trabalho da enfermagem e também de outros profissionais, com exceção de alguns médicos e cirurgiões-dentistas, foi alterado com a implementação das práticas humanizadoras na APS. Profissionais relataram maior vínculo e reconhecimento por parte dos usuários e um melhor trabalho em equipe, que permitiu maior ação profissional e envolvimento no processo de cuidado da comunidade, especialmente por causa da prática do acolhimento.

Para a efetivação do SUS, também é necessário que profissionais conheçam e se capacitem para trabalhar na APS e na ESF, além de treinamentos específicos para as equipes sobre humanização e acolhimento. A implementação das práticas humanizadoras demanda que os profissionais ampliem suas concepções de saúde e cuidado, com o objetivo de melhorar o trabalho em equipe e a relação com usuários, por meio de maior comprometimento e responsabilidade com a comunidade.

Os desafios da enfermagem para atenção na APS incluem melhores condições de trabalho e capacitações que incluam conteúdos de PIC e humanização, na graduação e na educação continuada. O papel da enfermagem na APS depende desses fatores e os influencia. A enfermagem na APS precisa solidificar seu papel de atuação junto ao enfermo, com foco do cuidado do profissional e da equipe de enfermagem. A atuação profissional, considerando esse papel da enfermagem na APS, pode favorecer seu reconhecimento junto aos demais profissionais, usuários e comunidade.

Na interpretação dos resultados, é preciso ponderar o que poderia ser uma limitação da revisão; há de se considerar que profissionais fortemente favoráveis ou desfavoráveis às práticas integrativas/complementares e humanizadoras podem ter sido mais propensos a participar das pesquisas incluídas na revisão. Isso explicaria a aparente tendenciosidade dos resultados, a despeito da configuração adotada na metassíntese.

A metassíntese desenvolvida permite afirmar que a efetivação de práticas integrativas/complementares e humanizadoras no SUS requer a integração da medicina convencional e das práticas complementares/integrativas e humanizadoras nas unidades básicas de saúde, num convívio sincrético e respeitoso, por meio da reorganização do processo de trabalho e o uso de tecnologias leves em busca de bem estar e qualidade de vida.

A metassíntese incluiu quatro domínios: 1) concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS; 2) oferta de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS; 3) implicações para a prática de enfermagem na APS e 4) influência da formação inicial e continuada dos profissionais em relação às práticas integrativas/complementares e humanizadoras.

O objetivo de uma revisão sistemática é sintetizar o conhecimento para promover práticas baseadas em evidência. A translação do conhecimento é o processo de levar esse conhecimento para os profissionais de saúde de modo a avançar em programas e práticas de sáude que melhorem a qualidade de vida das pessoas.

No total, foram incluídos 84 estudos sobre 15.941 profissionais de 18 países. Espera-se que os achados desta revisão sistemática e metassíntese possam orientar profissionais, gestores, educadores, alunos na elaboração e efetivação de programas e práticas voltadas para uma concepção ampliada de saúde e cuidado, focadas na promoção de qualidade de vida e ampliação da clínica na APS.

As políticas PNPIC e HumanizaSUS foram uma aposta do Ministério da Saúde Brasileiro para fomentar práticas integrativas/complementares e humanizadoras no SUS. Os resultados desta revisão sistemática apresentam evidência de como essas práticas auxiliam a promover um sistema de saúde mais humano e holístico ao ampliar concepções de saúde e cuidado dos profissionais de saúde, mas que não são suficientes em si para modificar uma prática fragmentada e médico-centrada na APS.

A maioria dos trabalhos sobre práticas humanizadoras foram experiências brasileiras, e essa limitação ocorreu uma vez que o HumanizaSUS é uma política única na promoção da qualidade da assistência, trabalho em equipe e participação da comunidade. Entretanto, os achados podem ser aplicados a diferentes realidades, especialmente em países enfrentando inequidades sociais e em saúde, visto que essas são as dificuldades da APS no Brasil.

Os achados desta revisão sistemática indicam também que a inclusão de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na APS é uma forma de ampliar as concepções de saúde e cuidado dos profissionais de saúde. Os resultados indicaram que essas práticas e as concepções ampliadas de saúde e cuidado podem melhorar a qualidade do cuidado realizada pelos trabalhadores de saúde e favorecer a implementação da universalidade e integralidade nos sistemas de saúde, em busca de uma cobertura universal de saúde que promova qualidade de vida para todos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MCP E ROCHA SMM. O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.

ALVIM NAT, FERREIRA MA, AYRES AV, MAGALHÃES MGM. Fitoterapia e Enfermagem. SILVA MJP & SALLES LF. (Org) Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. Cap. 6: 97-111.

ARANTES RC, MARTINS JLA, LIMA MF, ROCHA RMN, SILVA RC, VILLELA WV. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. Rev APS, 2008, 11(2):189-198.

ARAUJO MMT, SILVA MJP. Silva. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 121-9.

ATALLAH AN, CASTRO AA. Revisão Sistemática e Metanálises: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Lemos Editorial 1998. Disponível em http://www.centrocochranedobrasil.org/artigos/bestevidence.htm

AYRES JRCM. Cuidado: trabalho e interact nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

AYRES JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, p. 127-144.

AYRES JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007.

BARBOSA O. Grande dicionário de sinônimos e antônimos. 16ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

BARROS NF. A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

BOUSSO RS, POLES K, CRUZ DALM. Conceitos e teorias na Enfermagem. Rev Esc Enferm USP, 2014; 48(1):144-8.

BOUSSO RS, POLES K, ROSSATO LM. Desenvolvimento de conceitos:novas direções para a pesquisa em tanatologia e enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp 2):1331-6.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

BRILOWSKI GA, WENDLER MC. An evolutionary concept analysis of caring. Journal of Advanced Nursing, 2005; 50(6), 641-650.

BROOME ME. Integrative Literature Reviews for the Development of Concepts. In: Rodgers BL e Knafl KA. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications. 2 ed. Philadelphia: Saunders, 2000.

BVS. Biblioteca Virtual de Saúde. Acessado em 07 de setembro de 2011. Disponível em: http://decs.bvs.br/.

CAMPOS GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE & Onocko R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2006, p.229-266.

CARVALHO G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 99-104, jan./abr. 2005

CECCIM RB, FERLA AA. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA IB, LIMA JCF. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECILIO LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO 2001 p.113-126.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL. Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.org.br/. Acesso em: 15 mai 2011.

CHIESA AM, NASCIMENTO DDG, BRACCIALI LAD, OLIVEIR MAC, CIAMPONE MHT. A Formação de Profissionais da Saúde: Aprendizagem

significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm. 2007; 12(2):236-40.

CHRISTENSEN MC, BARROS NF. Práticas integrativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática da literatura. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (org). O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap 1: 29-44.

COLLIÈRE MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa, 1989.

CUNHA GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

DONNELLY D. Integrating complementary medicine within the NHS: a therapist's view of the Liverpool Centre. Complementary Therapies in Medicine1995, 3: 84-87.

EEUSP. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Acessado em 20 de maio de 2011. Disponível em: http://www.ee.usp.br/pesq/nucleo/jbi/

EGGER M, DAVEY SMITH G, ALTMAN DG (Org). Systematic Reviews in Health Care: Meta-analysis in context. 2001. London: BMJ books.

FERLA AA. Pacientes, Impacientes e Mestiços: Cartografias do outro na Produção do Cuidado. In: PINHEIRO R E MATTOS RA (Org). Cuidado as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO; 2004, p.171-186

FINFGELD-CONNETT D. Meta-syntthesis of caring in Nursing. Journal of Clinical Nursing, 2008; 17, 196-204.

FIÚZA AR, OTANI MAP, HOEHNE E, BARROS NF. O conhecimento da medicina alternativa e complementar e sua importância para o trabalho médico. In: In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (org). O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec, 2011. Parte II Cap 3: 128-37.

FLEMING P. Reflection – a neglected art in health promotion. Health Education Research 2007; 22(5):658-664.

FRANCO TB, MERHY EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. 2011;7(1):9-20.

FRENKEL MA, BORKAN JM. An approach for integrating complementary–alternative medicine into primary care. Family Practice Vol. 20, No. 3. 324-332.

GONÇALVES RBM. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco,

1994.

IANNI AMZ. Entre o biológico e o social. Um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia 1990-2002. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(1):24-42.

JBI. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2011 edition. Adelaide: The Institute Joanna Briggs; 2011.

KNAFL K, SANDELOWSKI M. (Multiple Principal Investigators). Extraction Guide for Qualitative & Quantitative Observational Reports. "Mixed-methods synthesis of research on childhood chronic conditions and family" funded by National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, R01NR012445, September 1, 2011-June 30, 2016.

KUREBAYASHI LFS. Acupuntura e Enfermagem. In: SILVA MJP & SALLES LF. (Org) Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. Cap. 2:19-42

LARSON JS. The conceptualization of Health. Medical Care Research and Review, Vol. 56 No. 2, (June 1999) 123-136.

LONG A, BAXTER R. Functionalism and holism: community nurses' perceptions of health. Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 320-329.

LOPES ALM, FRACOLLI LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 771-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf

LOPES TC, HENRIQUES RLM, PINHEIRO R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potencia do espaço público. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, p.29-40.

LUZ MT. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. (In) Luz MT, Barros NF. (Org) Racionalidades médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

LUZ MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX1 PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.

LUZ MT. Natural, Racional, Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. São Paulo, HUCITEC, 2012.

LUZ MT. Prefácio In: NASCIMENTO MC (Org). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

MACHADO FRS, PINHEIRO R, GUIZARDI FL. As novas formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO R E MATTOS RA (Org). Cuidado as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO; 2004, p.57-74.

MALTA DC, MERHY EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – Revendo alguns conceitos. Rev. Min. Enf., 7(1):61-66, jan./jul., 2003.

MATUMOTO S, FORTUNA CM, KAWATA LSK, MISHIMA SM, PEREIRA MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Jan-Fev 2011 [acesso em 30 out. 2011]; 19(1): [8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

MATUMOTO S, MISHIMA SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad. Saúde Pública 2001, 17(1):233-241.

MCKENNA H. Nursing theories and models. New York: Routlege, 2005.

MEIER MJ, CIANCIARULLO TI. Tecnologia : um conceito em construção para o trabalhador em saúde. Texto & Contexto Enferm, v11 (1), p. 31-49, Jan/Abr, 2002.

MELEIS AI. Theoretical nursing: Development and progress (5th Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MERHY EE, ONOCKO R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY EE. A Rede Básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE & Onocko R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2006, p. 197-228.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY EE, ONOCKO R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY EE. Saúde: a cartografica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2007.

MeSH. Medical Subject Headings. Acessado em 07 de setembro de 2011. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.

MINAYO MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097.

NOVAK JD, GOWIN DB. Learning how to learn. New York: Cambridge University Press, 1984.

NUÑEZ HMF. Antroposofia e Enfermagem: uma Ampliação da Ciência e Arte de Cuidar. SILVA MJP & SALLES LF. (Org) Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. Cap. 43-60.

OGATA MN. Concepções de saúde e doença: estudo das representações sociais de profissionais da saúde [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

OLIVEIRA, MAC. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. Rev Bras Enferm, 2012 mai-jun; 65(3): 401-5.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials. Genebra, 2002.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova Iorque: OMS, 1946.

OMS. Organizacion Mundial de la Salud. Estratégias de la Organizacion Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Genebra: OMS, 2002.

OTANI MAP, BARROS NF. O ensino de medicina integrativa em escolas médicas: uma análise documental. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP (org). O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap 2: 45-62.

PASCHE DF. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: CAPONI S et al. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria. Palhoça: Ed Unisul: 2010, p. 381-389.

PEDUZZI M, CARVALHO BG, MANDÚ ENT, SOUZA GC, SILVA JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. Physis Revista de Saúde Coletiva 2011, 21(2):629-646.

PEREIRA DQ, PEREIRA JCM, ASSIS MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Ciência & Saúde Coletiva 2003;8(2):599-609.

PINHEIRO R, LUZ MT. Modelos ideais x práticas eficazes - um desencontro entre gestores e clientela nos serviços de saúde. Rio de Janeiro; UERJ/IMS; mar. 1999. 23 p. (Estudos em Saúde Coletiva, 191). Acessado em 20/10/2011. Disponível em: http://chasqueweb.ufrgs.br/~mauremramos/Bibliografia/artigo_madel_rosen i.pdf

PRADO CR. Potencial de uso de mapas conceituais na identificação de

relações entre a produção científica e a tecnológica. [dissertação]. São Paulo (SP). Mestrado em Ciência da Informação, Universidade de São Paulo, 2009.

QUEIROZ MS. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO MC (Org). As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 2006.

RIMOLI J. Análise de uma intervenção pedagógica em Centros e Saúde e seu impacto na Assitência e na gestão. In MERHY EE, JUNIOR HMM, RIMOLI J, FRANCO TB, BUENO WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p.199-296.

RIOS IC. Caminhos da Humanização na Saúde: Prática e Reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009. Cap. 1: 7-26.

RYLES SM. A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(3), 600-607.

SALLES LF, KUREBAYASHI LFS, SILVA MJP. As práticas complementares e a Enfermagem. In: Salles LF, Silva MJP (Org). Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011, Cap 1: 1-18.

SANDELOWSKI M, BARROSO J, VOILS CI. Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative. Research in Nursing & Health, 2007; 30: 99-111

SANDELOWSKI M, BARROSO J. Toward a Metasynthesis of Qualitative Findings on Motherhood in HIV-Positive Women. Research in Nursing & Health, 2003; 26: 153-170.

SANDELOWSKI M, VOILS CI, BARROSO J. Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies. Res Sch. 2006;13(1):29.

SANDELOWSKI M. & BARROSO J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer, 2007.

SANTOS CMC, PIMENTA CAM, NOBRE MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-Am Enfermagem 2007; 15(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface - Comunic, Saude, Educ, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SCHVEITZER, MC. Estilos de Pensamento dos Grupos de Pesquisa em Educação em Enfermagem das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil. [dissertação]. Florianópolis (SC). Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

SCLIAR M. História do conceito de saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007

SEALE C, ANDERSON E, KINNERSLEY P. Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. Journal of Advanced Nursing 2006,54(5):534–541

SILVA JUNIOR AG, MERHY EE e CARVALHO LC. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO R, RUBEN MATTOS R, CAMARGO Jr KR (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 2003, p.115-30.

SILVA MJP & SALLES LF. (Org) Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.

SOUZA IMC, BODSTEIN RCA, TESSER CD, SANTOS FAS, HORTALE VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cad. Saúde Pública 2012, 28(11):2143-54.

STURMBERG JP, CILLIERS P. Time and the consultation – an argument for a 'certain slowness'. Journal of Evaluation in Clinical Practice 15 (2009) 881–885

SUNDBERG T, JEREM HALPIN J, WARENMARK A, FALKENBERG T. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. BMC Health Services Research 2007, 7:107.

TARRIDE, Mario Ivan. Saúde Pública: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

TESSER CD, LUZ MT. Racionalidades Médicas e integralidade. Ciência & Saúde Coletiva, 13(1):195-206, 2008.

TESSER CD, NETO PP, CAMPOS GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva 2010, 15(Supl. 3):3615-3624.

TESSER CD. Pesquisa e Institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na saúde coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ MD, BARROS NF (Org). Racionalidades médicas e Práticas Integrativas em Saúde. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

THIAGO SCS, TESSER CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre Terapias Complementares. Rev Saúde Pública 2011;45(2):249-57.

WILLS E, MCEWEN M. Desenvolvimento de conceitos: Esclarecimento do Significado dos Termos, In: McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas para a Enfermagem. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009; 74-96.

ZOBOLI ELCP, FRACOLLI L. A incorporação de valores na gestão das

unidades de saúde: chave para o acolhimento. O Mundo da Saúde 2006, 30(2):312-17.

ZOBOLI ELCP, SCHVEITZER MC. Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2013;21(3):695-703.

ZOBOLI ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética amplificada. O Mundo da Saúde, 2009; 33(2):195-204.

ZOBOLI ELCP. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: CAPONI S et al. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria. Palhoça: Ed Unisul: 2010, p. 373-380.

ZOBOLI ELCP. Medicina e saúde: em tempos de hiperconsumo, o que atender? O Mundo da Saúde, 2009a; 33(1):64-68.

ZOBOLI ELCP. Responsabilidade para com a comunidade. XI Seminário de Ética. ROE 2011 Junho 37: 7-18.

ZOBOLI, ELCP. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Rev Esc Enf USP 2004, 38(1):21-7.

ZOBOLI, ELCP. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: Pinheiro R, Mattos RA (org) Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

ANEXO

ANEXO

Extraction Guide for Qualitative & Quantitative Observational Reports

General instructions:
Use Arial 11 font.
Use single space 0/0 throughout.
Items with no information offered should be marked as NR= not relevant or, if relevant, NI=no information.
In any section, if there appears to be an error in reporting or anything else you feel needs a comment that cannot wait until the comment section at the end of this extraction sheet *[place it in brackets and italics right next to the information this way]*.
For parts of the extraction (e.g., purpose, sample), it may be possible simply to copy block what has been reported. If the author's wording is especially awkward or difficult to understand or repetitive, it is acceptable to paraphrase as long as the original meaning is retained. The ultimate goal is to extract data from the report in a form that is comprehensible to anyone reading it.
Avoid the use of contractions and abbreviations; it is acceptable to use an abbreviation for a condition that is distinct and easily searchable such as CF or PKU but it would not be acceptable to use C for cancer.
Save in DOC (not DOCX).

Record id: All in lower case: 1 author, jones2006ext.doc; 2 or more authors, jonessmith2006ext.doc; 2 or more sets of reports with the same 2 or more authors in the same order and same year, jonesmith2007aext.doc, jonesmith2007bext.doc

Complete citation: APA 6th ed.; example: Prout, A., Hayes, L., & Gelder, L. (1999). Medicines and the maintenance of ordinariness in the household management of childhood asthma *Sociology of Health & Illness, 21*(2), *137–162.* doi:10.1111/1467-9566.00147
doi #s are only those numbers in a report with "doi" in front of it. If there is no number shown, go to http://sherman.library.nova.edu/doi/ or http://www.crossref.org/guestquery/ to find it. If there is no doi # at all, indicate on the extraction sheet "no doi."
Often there is no issue number shown in the report. Simply google by title and a source will come up with that issue #.

Author affiliations, including discipline and institution: (list the disciplines first, e.g., medicine, nursing, psychology, or NI; then copy the institution information. If one institution is repeated several times, list it only once)

Funding source(s) with grant #(s):

Citations to reports from the same parent study (copy those references that are cited in the report as coming from the same parent study or that have the same authors)**:**

Citations to potentially relevant reports from the reference list (copy those references 1995 or after that appear to meet our inclusion criteria)**:**

Period of data collection (inclusive years)**:**

Geographic location of study (Country; if US, city and state; if stated, specify rural &/or urban)**:**

Index CAM practice(s) (delete non-applicable entries)**:**
Complementary therapies
Medicinal plants or herbs
Phytotherapy
Homeopathy

Traditional Chinese Medicine
Acupuncture
Antroposophy
Baths
Other practices (specify):

Index prática(s) humanizadoras
Acolhimento
Autonomia
Clínica Ampliada
Cuidado Centrado no Paciente
Igualdade
Integralidade
Humanização da Assistência
Prática Holística
Protagonismo
Universalidade
Vínculo

Index PHC professional (delete non-applicable entries):
Professions
Physician
Physician Assistant
Nurse
Nurse Assistant
Health Visitor
Psychologists
Physiotherapists
Community Health Assistance
Midwifery
Dentists
Other profession (specify):

Specializations
General Practice
Family Medicine
Internal medicine
Pediatrics
Gynecology
Nurse Practitioner
District Nurse
Practice Nurse
Family Nurse
Women's Health Nurse
Other specialization (specify):

Research purpose, questions, and/or hypotheses as stated in report: (statements of study purpose/aims/questions/hypotheses may be in several places throughout the report; list them all).

Theoretical framework (if not explicitly stated code as NI)**:**

Definition of practices (present the term used, description if cited and also the reference)**:**

Study design (delete non-applicable entries)**:**
Qualitative cross sectional
Qualitative longitudinal
Quantitative cross sectional
Quantitative longitudinal

Power analysis (delete non-applicable entries)**:**
NR
Power not addressed
Reported Power >80%
Reported power <80%
Other (specify details)

When extracting demographic information, IF THERE ARE NO OR FEW SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN OR AMONG GROUPS OF PROFESSIONALS—as shown in the following example—you MAY GIVE ALL THE INFORMATION ACROSS GROUPS WITHIN EACH CATEGORY. INDICATE THOSE ITEMS THAT WERE STATISTICALLY SIGNIFICANT. When there is considerable variation across groups, give demographic information for each group (e.g., GP, non-GP) separately, e.g., Demographics of index professional: GP; Demographics of index professional: Non-GP.

Demographics of professionals:
N: 205 (149 GP; 56 nurse)
% Male: 37 (72 GP; 2 nurse)
% Female: 63 (74 GP; 54 nurse)
3 NI gender
Age Range: 25-65+
Mean age: NI
Race/ethnicity: NI
Place of Employment: practice/health center/other
Years of Experience: 75% had been in practice for more than 25 years
Years of Experience with CAM: NI
ADD any additional demographics or clinical information here:

Demographics of professionals (Physician, General Practice, Nurse):
N:
% Male:
% Female:
Age range:
Mean age:
Race/ethnicity (specify % each category):
Place of Employment:
Years of Experience:
Years of Experience with CAM:
ADD any additional demographics or clinical information here.

Demographics of other professionals (specify dentist, health visitor, other):
For each category specify:
N:
Age range:
Mean age:
Race/ethnicity (specify % each category):
Place of Employment:
Years of Experience:
Years of Experience with CAM:
ADD any additional demographics here.

Demographics of other study participants (e.g., patients of these professionals):
Inclusion criteria (state concisely):

Exclusion criteria (state concisely):

Recruitment site(s) (delete non-applicable entries)**:**
Primary care setting
Home
School
Other (specify):

Data collection site(s) (delete non-applicable entries)**:**
Primary care setting
Home
School
Other (specify):

Data Collection:

For each measure or technique:
Name followed by citation to first author and year; what it assesses (e.g., beliefs, attitudes); the domains assessed if stated (e.g., recommendation rate); if measure developed for study cite as (investigator). For example: Interview Guide (investigator)
Professional(s) responding (e.g., physician, nurse), or source of information (e.g., medical record)
Timing of measure (e.g., in relation to illness trajectory, or in relation to other measures or data collection time points, or when each category of participant completed it)

Results
Introduction:

When appropriate, include a brief summary of descriptive patient-professionals related results. For example: Study focused on professional's beliefs and attitudes about CAM in PHC and their patient's use of CAM. If the study present results about other patients in the PHC and their relation with CAM – just cite that patient's opinion/use/beliefs were also investigated.

For **all** qualitative reports, include a brief overview of results (e.g., themes identified, grounded theory), referencing table or figure if appropriate. For example: The study identified three key themes related to CAM: "Additional Healing Options", "Issues to address when integrating other healing options into Primary Care" and "Key Barriers to Integrating Other Healing Options Into Primary Care". There were also presented three subcategories related to Issues: "Evidence of Effectiveness and Safety", "Clinician Skill in Recommending Healing options to patients", "Clinician Knowledge of Healing Options and Trusted Resources".

Write results in stand-alone statements beginning with the population studied.
Statements must be complete but concise, and intelligible to anyone reading them.
Check both text and tables for results.
Include only statements that address professional's role of CAM findings (e.g. beliefs/understandings about CAM, rates of recommendations, personal use of CAM, training in CAM, interest in CAM, service of CAM in their practice).
Exclude statements about patient's perspectives.
Always state results in plain English, not in method talk (e.g., do not state "Hypothesis 1 was not supported," or "There was a group X time interaction effect," or "There was a significant negative correlation between X and Y," rather state exactly what was found so that anyone could understand the result; it is permissible to state that "In professionals with more than 25 years of experience, there was a significant correlation between recommendation of CAM and lack of success of conventional medicine such that the more years of experience the professional the more susceptible to recommend CAM in cases of lack of success of conventional medicine."

Anchor findings to relevant information about:

Sample

The specificity of these designations is dependent on the variation in the sample and on whether these variations were addressed in the findings. Whenever variations in the sample are the targets of analysis or the sample is largely homogeneous on one or more parameters, give more sample detail (e.g., most female group of professionals . . .)

Source of Information

Findings in which persons other than or in addition to the index participants are sources of information about the index participants should be anchored to their sources (e.g., in patients-interviews most younger physicians were the ones open to integrate CAM in PHC. . .)

Time

Include the anchor of time whenever any factor of time related to the research design itself or to the persons, conditions, or events studied was a key element in a study, as, for example, in longitudinal studies, baseline and follow-up data collection in intervention studies, or such factors as time since diagnosis or in treatment, and time in caregiving (e.g., professionals were interviewed after a training curse about CAM. . .)

Comparative Reference Point

Include the between-group or between-theme comparative reference point (e.g., nurses were almost four times more likely to recommend CAM than physicians). If a comparative reference point is suggested by words such as *more/less, better/worse,* or *higher/lower*, but not discernible from the information given in the report, this is indicated (e.g., PHC physicians reported better [comparison reference not evident] relation with CAM practitioners.

Magnitude and significance (including statistically non-significant findings):

If numbers/per cents are given for descriptive information, include them in the statements. When words such as *few, most,* or *some* are used, if there is information available in a table on how much *few, most,* or *some* is, use the number (e.g., Most (70%) professionals most frequently recommended CAM use; Professionals reported significantly more conflict with patients about the use of acupuncture than homeopathy, but there were no significant differences in conflict with the use of homeopathy and medicinal plants).

Study-specific conceptions

Anchor findings to information indicating as precisely but as concisely as possible to how common constructs such as the definition of complementary therapies were conceived. For example, one author may define Complementary Therapies related do Alternative Medicine and other relates it to Healing options. So state for the first author: Professionals were invited to talk about complementary therapies (alternative medicine) State for the second author: Patients proposed in a brainstorm the following complementary therapies (Healing options).

Write the phrase *ES comment* only after findings requiring ES calculation, as follows**:**

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.
ES comment:

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.
ES comment:

Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.
Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxx.

Overall appraisal: (Qualitative from Sandelowski & Barroso, 2007). Indicate only those study features undermining credibility of findings.

Findings are demonstrably plausible and/or sufficiently substantiated with data.
Sample size and configuration are sufficient to support the findings.
Features of the sample critical to the understanding of findings are described.
Variations in findings by relevant sample and event characteristics are addressed.

(Quantitative from Cochrane, 2011, Stroup et al., 2010, STROBE http://www.strobe-statement.org/). Indicate only those study features undermining credibility of findings.

Internal validity threats
Confounding: differences between comparison groups exist that could bias results (or differences not assessed)
Reporting bias: selective reporting of results
Missing data: significant amounts of missing data

External validity threats
Low participation rate
Participants not representative of target population

Primary reviewer (initials) & review date:

Secondary reviewer (initials) & review date:

Adapted from:
Knafl, K., & Sandelowski, M. (Multiple Principal Investigators). "Mixed-methods synthesis of research on childhood chronic conditions and family" funded by National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, R01NR012445, September 1, 2011-June 30, 2016.