

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Práticas integrativas e complementares para a
promoção da saúde

Paula Cristina Ischkanian

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Cecília
Focesi Pelicioni

São Paulo
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação da autora, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que como eu acreditam ser possível construir uma sociedade melhor e igualitária. Acreditam que ter saúde depende do tipo de relação que se estabelece com os outros e com o meio ambiente; que sabem que sem amor, respeito e interagência fica difícil produzi-la.

Dedico especialmente à Naturologia e aos naturólogos!

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de saúde da Unidade Básica e do Ambulatório de Especialidades que gentilmente participaram desta pesquisa.

À querida orientadora e professora Maria Cecília Focesi Pelicioni por ter me conduzido neste caminho do “saber” sempre com dedicação e carinho. E também aos seus, Dr. Américo e Andréa por terem me recebido de braços abertos.

Aos meus pais, por terem me aceito em suas vidas e por terem permitido minha primeira experiência sobre o amor. Em especial, a minha querida e amada mãe por me acompanhar além das fronteiras!

À Anna Tereza Badana (Nny) pela parceria, dedicação, compreensão e companheirismo que iluminam minha vida e me faz ser a melhor parte do que eu sou. Gratidão e amor!

À Banca examinadora: Prof^a Dra. Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira e Prof^a Dra. Renata Ferraz de Toledo pelas valiosas considerações desde o exame de qualificação e pela generosidade expressada na pré-banca que tivemos. E aos respectivos suplentes: Prof^a Dra. Elaine de Azevedo, Prof^o Dr. Claudio Gastão Junqueira de Castro e Prof^a Dra. Nicolina Silvana Romano-Lieber, meu sincero agradecimento.

Ao amigo-irmão, Prof^o Dr. Luizir de Oliveira (Pichuco) que além da eterna amizade, enxergou em mim o potencial acadêmico e me fez acreditar nele.

À eterna amiga e professora, Dra. Elaine de Azevedo, não só pela amizade e carinho, mas por ser especial inspiração e modelo também para vida acadêmica. E, por seus olhos violetas (mesmo que só eu os veja).

Aos amigos e amigas que generosamente compreenderam minha ausência neste período.

Aos que chegaram como colegas e foram se tornando amigos com encanto e alegrias: Edson Zombini, Vanessa Almeida, Sandra Costa de Oliveira.

Aos professores(as) da Faculdade de Saúde Pública/USP e especialmente aos funcionários(as) do Departamento de Prática: Livia, Soninha, Cidinha, Val, Francisco; da Comissão de Pós-graduação: Angela de Andrade e da Assessoria Acadêmica: Marcia Ferreira Silva.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública/USP, especialmente a Sra. Maria Lucia, Sra. Leticia e ao Sr. José pelo auxílio na redação das Referências Bibliográficas.

Aos amigos do LAPACIS/UNICAMP pelo acolhimento e aprendizado.

À Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo, especialmente à Coordenadoria de Saúde da Zona Norte/SP e ao Departamento de Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas por atender às solicitações da pesquisa.

Aos profissionais de saúde do Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza por terem concedido parte de seu tempo para que se realizasse o pré-teste da pesquisa.

Às agências financiadoras CAPES e CNPq pelas bolsas de estudo concedidas propiciando a dedicação necessária para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ischkanian, P. C. Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde. 201. 110 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Resumo

A Promoção da Saúde tem contribuído para a construção de ações que possibilitam responder aos interesses e demandas da população visando à melhoria do nível de sua saúde. Como forma de integrar outras racionalidades médicas à Atenção a Saúde, o Ministério da Saúde aprovou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) buscando atender, sobretudo, a necessidade de incorporar e implementar experiências que há algum tempo vêm sendo desenvolvidas com sucesso no Sistema Único de Saúde (SUS) em resposta ao desejo de parte dos usuários, expresso nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde, desde 1988. Assim, tem se tornado cada vez mais urgente investigar os conhecimentos, opiniões e representações sociais dos gestores e profissionais de saúde sobre essas Práticas (PIC) no SUS, e identificar as dificuldades e desafios que se apresentaram em sua implementação, utilização e divulgação nos Serviços de Saúde. Decidiu-se realizar uma pesquisa na zona norte de São Paulo/SP, em uma Unidade Básica de Saúde e em um Ambulatório de Especialidades. A metodologia utilizada foi a qualitativa e os instrumentos, a análise documental e a entrevista, com roteiro pré-estabelecido. Os resultados mostraram que os gestores não estavam preparados para a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que apenas cinco dos vinte e seis entrevistados conheciam a Política Nacional (PNPIC), que ainda prevalece o modelo biomédico nos atendimentos, que o fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC tem se constituído em grande problema na unidade, que a divulgação das PIC não tem sido suficiente para que profissionais e usuários as conheçam. Nem todos os profissionais que atuavam no Ambulatório de Especialidades onde as PIC têm sido oferecidas têm valorizado essas atividades. As Práticas Integrativas e Complementares não têm ocupado o papel que deveriam e/ou poderiam dentro do SUS para a Promoção da Saúde. Verificou-se que é essencial que o Município de São Paulo/SP incentive e crie condições para o oferecimento das PIC em todas as suas Unidades, aprimorando sua divulgação e apoiando a inserção de profissionais não médicos, desde que apresentem formação adequada, pois práticas como Homeopatia, Acupuntura, Antroposofia e Fitoterapia já são consideradas especialidades médicas. As Práticas Integrativas e Complementares, se integradas ao SUS, certamente poderão contribuir, e muito, para a Promoção da Saúde.

Descritores: Promoção da Saúde, Saúde Pública, Práticas Integrativas e Complementares.

Ischkanian, P. C. Complementary and integrative practices to promote health. 201. 110 p. Thesis (Master in Public Health) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Abstract

Health promotion has been contributing to foster actions which aim at responding to the interests and demands of the population in order to improve the level of their health. As a means of integrating other medical and health care practises, the Ministry of Health adopted, in 2006, the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) so as to particularly face the need to incorporate and to implement experiences which for some time have been successfully developed in the National Health System (SUS) in response to the desire of the users as expressed on the recommendations of the National Health Conferences, since 1988. That is why it has become more and more urgent to investigate the knowledge, opinions and social representations of managers and health professionals about those practices (PIC) in SUS as well as to identify the difficulties and challenges that are present in their implementation, use and disclosure in the Health Services. In order to better comprehend those issues, a survey in a Basic Health Unit and Specialty Clinic in the northern area of Sao Paulo/SP has been carried out. The chosen methodology was the qualitative approach with its instruments, documentary analysis and interviews based upon pre-established guidelines. The results support the thesis that managers are not prepared to implement the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC) in SUS: only five out of the twenty six respondents were aware of the National Policy (PNPIC); the biomedical model sessions still prevails; material supply and acquisition of raw materials used in some of the PIC has become a major issue in the unit; that the disclosure of the PIC has not been enough so as to be fully known by professional and users alike. Furthermore, most of the professionals working in the Specialty Clinic where the PIC have been offered have undervalued those activities. The Complementary and Integrative Practices have not played the role they should and/or could in the SUS for the Promotion of Health yet. It is pivotally necessary that the City of São Paulo/SP encourages and creates conditions for taking the PIC into all the Health Units, so as to improve, disclosure and support the inclusion of non-medical professionals, provided that they have proper training since practices such as Homeopathy, Acupuncture, Anthroposophy and Phytotherapy are already considered as medical specialties. If they come to be included in SUS, the Complementary and Integrative Practices can certainly contribute a lot for the Promotion of Health.

Descriptors: Health Promotion, Public Health, Complementary and Integrative Practices

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE	11
1.2. O SISTEMA DE SAÚDE (SUS).....	19
1.3. PRÁTICA INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	36
1.3.1. Naturologia.....	46
2. OBJETIVOS	56
2.1. QUESTÕES DE FUNDO	57
3. MÉTODO	58
3.1. CENÁRIO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	58
3.2. TIPO DE ESTUDO.....	59
3.3. INSTRUMENTOS DE PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS	63
3.3.1. Pesquisa documental.....	64
3.3.2. Entrevista	64
3.3.3. Análise dos dados.....	65
3.4. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	66
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
4.1. SOBRE O CONHECIMENTO, OPINIÕES E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS GESTORES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE QUE NÃO TEM OFERECIDO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES AOS USUÁRIOS DO SEU SERVIÇO DE SAÚDE.....	68
4.1.1. dos gestores da Unidade Básica de Saúde	69
4.1.2. dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde	76
4.2. SOBRE OS CONHECIMENTOS, OPINIÕES E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS GESTORES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE QUE TEM OFERECIDO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES AOS USUÁRIOS DO SEU SERVIÇO DE SAÚDE.....	82
4.2.1. da gestão do Ambulatório de Especialidades	83

4.2.2. dos profissionais de saúde do Ambulatório de Especialidades.....	86
5. CONCLUSÕES	106
6. RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES	109
7. REFERÊNCIAS	110

ANEXOS

Anexo 1. Roteiro de perguntas para gestores(as) de Ambulatório de especialidades que oferece atendimento com as práticas integrativas e complementares.....	120
Anexo 2. Roteiro de perguntas para gestores(as) de Unidade Básica de Saúde que não oferece atendimento com as práticas integrativas e complementares.....	121
Anexo 3. Roteiro de perguntas para entrevista com profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde que não oferece as Práticas Integrativas e Complementares	122
Anexo 4. Roteiro de perguntas para entrevista com profissionais de saúde do Ambulatório de Especialidades que oferece as Práticas Integrativas e Complementares	124
Anexo 5. Quadros 4 e 5. Como cadastrar os serviços e os profissionais de práticas integrativas e complementares no	125
Anexo 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
Currículo <i>lattes</i> da autora	s/n
Currículo <i>lattes</i> da orientadora	s/n

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Pesquisas científicas em Universidades brasileiras	53
Quadro 2. Modelos de medicina e abordagens metodológicas	62
Quadro 3. Do processo de implementação de ações e serviços das PIC no SUS.....	71

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1. Conhecimento dos profissionais de saúde das PIC viabilizadas no ambulatório de especialidades em 2010	86
---	----

1. INTRODUÇÃO

1.1. SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Grande parte dos estudos que têm sido realizados sobre saúde têm utilizado como definição a da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1947 que preconiza a saúde como o “mais completo estado de bem-estar físico, mental e social” mesmo que ele seja amplo e impossível de ser avaliado, por não considerar seus determinantes e condicionantes. Para a conquista desta condição é fundamental que seja estimulada maior participação dos indivíduos e grupos para identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e atuar na modificação positiva do ambiente em que vivem.

Para alguns pesquisadores da área da saúde social a definição supramencionada de perfeito bem-estar foi avançada para sua época, mas nas décadas posteriores, foi considerada irreal e ultrapassada (DONNANGELO, 1976). Tal estado de ‘perfeição’ é visto como completude inatingível.

Capra (2006) também considera essa definição irrealista por descrever a saúde como um estado estático em vez de um processo que encontra-se em constante mudança e evolução.

Segre e Ferraz (1997) indagam sobre o que é perfeito bem-estar e se é possível caracterizar a perfeição. Esses autores também consideram a definição de saúde da OMS utópica, só sendo aceitável falar de bem-estar, felicidade ou perfeição por aquele sujeito que, dentro de suas crenças e valores, pode torná-la legítima.

Todavia, este trabalho não objetiva apenas discutir a subjetividade da definição de saúde da OMS, mas ressaltar a importância de ampliar sua

compreensão e aproximá-la do conceito de Promoção da Saúde, este sim, objeto desta dissertação.

Mais do que um conceito, a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde tem sido vista como um modelo, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que vai contribuir na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde da população (BRASIL, 2006).

Isso presume uma concepção de saúde que não está restrita a ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes, o que incide nas condições de vida da população. Está além da prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a moradia, o trabalho e a renda, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais e também ao lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

Uma efetiva promoção da saúde inclui portanto, como foi dito, uma ação coordenada entre diferentes segmentos da sociedade (governo, população, iniciativa privada, mídia, organizações voluntárias e não governamentais) visando proporcionar situações conducentes à saúde, bem como assegurar a oportunidade do indivíduo conhecer e controlar os fatores que influenciam a sua saúde para melhorar suas condições de vida (RESTREPO, 2002; BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

Para Carvalho (2008) a promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo principal é estimular mudanças na assistência à saúde, na gestão local de políticas públicas e na proteção e desenvolvimento social para todos.

A promoção da saúde estreita então sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução de

agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (BRASIL, 2006).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986), no Brasil, foi um marco histórico que permitiu, pela primeira vez, a participação da população nas discussões do evento conforme preconizado desde Alma-Ata, em 1978. Suas propostas que apresentam muitas idéias comuns à promoção da saúde foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988, como na Lei Orgânica da Saúde, de nº. 8.080/90 que dispõe sobre as condições de vida para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e na lei nº. 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990). A partir desta 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde passou, portanto, a ser conceituada como resultante das condições de vida e também, a incluir novas dimensões, principalmente a socioambiental que vai além da dimensão física como determinante das condições de saúde assim como a psicossocial e a espiritual assim, sendo a saúde considerada como o conjunto de resultados advindos das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, moradia e aos serviços de saúde. Neste sentido, a concepção de saúde contextualizou-se mais socialmente aniquilando a idéia que a ligava apenas às condições sanitárias.

A partir desta visão, pode-se afirmar que “a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (OPAS, 1986, p.1).

Parte do movimento em prol da Promoção da Saúde germinou das Cartas e Declarações das Conferências Internacionais da Promoção da

Saúde; seis de caráter internacional/global, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), Bangkok (2005) e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993).

Como produto da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá foram propostos pela Carta de Ottawa (1986), um dos principais documentos da promoção da saúde, os cinco campos de ação considerados prioritários para ampliar a atenção e o cuidado à saúde de forma a contemplar os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos: a elaboração de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço à participação da comunidade; o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação de serviços de saúde.

No entendimento dos campos de ação, elaborar políticas públicas saudáveis exige um diálogo entre políticos e gestores de todos os setores de forma a estabelecer com mútua responsabilidade as prioridades para a saúde. De acordo com Buss (2000) as políticas públicas saudáveis são concretizadas por meio de diversos mecanismos complementares, incluindo legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras e por ações intersetoriais coordenadas que guiem para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais.

A criação de ambientes saudáveis na sociedade contemporânea é urgente e indiscutível. Quaisquer mudanças nos modos de vida, de trabalho e de lazer exercem significativo impacto no meio ambiente, conseqüentemente sobre a saúde, com devido destaque para as áreas de tecnologia, produção de energia e urbanização tornando-se essencial o acompanhamento sistemático seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população, pois a proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde (OPAS, 1986).

Ainda nos campos de ação preconizados na Carta de Ottawa, o reforço à participação da comunidade é um ponto fundamental para que se materialize a promoção da saúde proposta a partir de ações comunitárias concretas e efetivas, criando condições para que a comunidade seja ativa no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde individual e coletiva.

O desenvolvimento de habilidades pessoais e social deve se dar por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais sendo para isso, essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, tarefa que deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários e cujas ações aconteçam com apoio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

Finalmente, a reorientação dos serviços de saúde indica a necessidade de ser adotada uma postura abrangente pelos serviços de saúde, que leve em conta as peculiaridades culturais incentivando indivíduos e comunidade a uma vida saudável sendo a ponte entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Além disso, este campo de ação também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde (OPAS, 1986).

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS), engajada a esse movimento, definiu a promoção da saúde como o resultado de todas as ações empreendidas pelos diferentes setores sociais para o desenvolvimento de melhores condições de saúde, pessoal e coletiva, isto é para toda a população no contexto da sua vida cotidiana (PELICIONI, 2005).

Nos diferentes eventos, a promoção da saúde aparece como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua

qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

Para Pelicioni MCF e Pelicioni AF (2007, p.326) “a comunidade deve ter o direito e a responsabilidade de tomar decisões que sejam viáveis” e que se conjugue a favor da vida de seus membros e para isso tem que ser preparada, pois os indivíduos só aprendem a participar, participando. A participação depende, portanto, de uma educação democrática e libertadora.

A mesma autora observa que estimular o interesse por cuidar de sua própria saúde e ajudar a população a reconhecer os fatores que a torna vulnerável no processo saúde/doença faz parte da responsabilidade educativa. Para isso:

A educação em saúde deve ser crítica, problematizadora da realidade, compartilhada e reflexiva como um processo intencional com o objetivo de prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial dos seres humanos (PELICIONI MCF; PELICIONI AF, 2007 p. 324).

A educação e educação em saúde estão intrinsecamente ligadas às ações de promoção da saúde visto que a 3ª Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde realizada em São Paulo (2002) teve como objetivo o estímulo e o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde e educação para a saúde na América Latina foi na qual se promoveu o debate sobre princípios, estratégias e compromissos orientados para a universalidade e a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais da região (USP, 2002).

Segundo o documento denominado Saúde Brasil 2008, elaborado pelo Ministério da Saúde, o grau de escolaridade seja individual ou da comunidade associa-se à melhor percepção dos problemas de saúde (...) implica maior acesso aos meios materiais de promoção da saúde e do enfrentamento das adversidades associadas à deterioração das condições de saúde (BRASIL, 2009).

Em análise a situação de saúde, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o documento, nele pretendeu-se analisar os 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) elaborado pelo o grau de escolaridade,

Segundo Pelicioni, Pelicioni e Toledo (2008) uma Educação em Saúde além de crítica e formadora precisa possibilitar às pessoas condições para identificarem e optarem pela melhoria de sua qualidade de vida e exercer o controle sobre o meio ambiente e sobre os fatores intervenientes em sua própria saúde.

Visto desta maneira, o processo educativo em saúde permitirá que os indivíduos adquiram habilidades necessárias para tomar decisões e fazer escolhas visando sempre o bem comum. Isso vai facilitar sua participação na promoção de sua saúde e na saúde da comunidade.

A importância da participação popular no setor saúde encontra-se prevista na Constituição Federal de 1988, que determina no artigo 198, que dentre as ações e serviços públicos de saúde estejam organizadas as diretrizes de descentralização, atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1995).

Em 2005, o Ministério da Saúde brasileiro definiu uma Agenda de Compromissos pela Saúde agregando três eixos temáticos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Dentro das diretrizes operacionais do Pacto em Defesa da Vida destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que na Portaria nº 687 de 2006, também enfatiza a saúde:

Como produção social de determinação múltipla e complexa, que exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006, p.11).

Além disso, a PNPS propõe uma compreensão mais ampla dessa produção social, onde a condição de saúde é vista, como uma consequência do conjunto de ações de cada indivíduo, de sua comunidade, dos gestores de diversos setores que formam a sociedade, na prática de cuidado, garantia e acesso aos Serviços. Dessa maneira, a saúde:

É o resultado das condições de vida, dos cuidados que cada pessoa dispensa a si mesma e aos demais, da capacidade de tomar decisões e de controlar a própria vida como também da garantia de que seja oferecida a todos os membros da sociedade a possibilidade de usufruir um bom estado de saúde e de ter acesso aos serviços de saúde (PELICIONI, 2005b, p.831).

Torna-se evidente que Promoção da Saúde tem um papel essencial no desenvolvimento da autonomia dos usuários dos serviços de saúde, voltando-se cada vez mais para a visão holística. De acordo com Souza e Luz (2009) o holismo é um conjunto de valores aplicados à terapêutica que atravessa dimensões da racionalidade médica que estimula o estudo científico interdisciplinar e transdisciplinar. O estudo comparativo de diversos sistemas médicos decorrente de pesquisa realizada por Luz (1996) apresentou como Racionalidades Médicas, um sistema estruturado de determinado tipo de medicina, capaz de apresentar cinco dimensões específicas principais, todas interligadas e interdependentes entre si: doutrina médica, dinâmica vital (ou fisiologia), morfologia (ou anatomia), sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica, além de uma sexta dimensão que seria a cosmologia, à qual uma determinada racionalidade estaria submetida, ainda que implicitamente (LUZ, 1996). A medicina moderna representada pelas racionalidades médicas estaria se contrapondo à medicina tradicional e complementar.

Para Smuts (1926) segundo Gordon (1988) holismo era uma forma de observar e descrever as coisas da vida, incluindo pessoas, como uma importante entidade por si só diferente da soma de suas partes.

Dossey (1989) define o holismo como um processo de vida do corporemente-espírito que leva o indivíduo à uma jornada interior em direção à autotransformação e à identificação da própria capacidade de mudança e cura, é uma alternativa, um tipo de atenção mais acessível que não nega a necessidade de imediatismo e remédios sofisticados ou cirurgias, mas que enfatiza a promoção e a educação em saúde.

De acordo com Capra (2006), na concepção holística, as patologias psicológicas e sociais quando têm suas manifestações físicas suprimidas por intervenções médicas, podem muito bem expressar-se de algum outro modo, facilmente como uma enfermidade ou doença, psicopatias e sociopatias, que com efeito tornaram-se importantes problemas de saúde pública.

Na abordagem holística, o saber popular encontra um campo de diálogo com o saber oficial dando vazão ao conhecimento assiduamente, represado pelo modelo reducionista.

A abordagem holística em saúde convoca uma aproximação entre saber oficial e saber popular e os estudos transculturais terão enorme valia na construção de novas formas integrativas de saúde. Os modelos místicos e diversas culturas tradicionais precisam ser conhecidos, estudados e integrados ao modelo holístico de saúde que se quer (TEIXEIRA, 1996, p. 288).

Assim sendo, a Promoção da Saúde como uma nova cultura da saúde tende a promover um diálogo mais abrangente e integral, diferente do modelo biomédico vigente que é voltado para as especialidades e a fragmentação do conhecimento, capaz de estimular a ruptura da ciência moderna.

1.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Antes da Reforma Sanitária no Brasil há pouco mais de duas décadas, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde atendia ao serviço privado, privilegiando quem podia pagar pelos serviços de saúde e os trabalhadores formais, que por serem segurados pela Previdência tinham direito à saúde pública.

Denominou-se Movimento da Reforma Sanitária toda a trajetória percorrida por um movimento social advinda de um conjunto de atores mobilizados em busca da mudança de um modelo até então, excludente. Aproveitou-se o período de abertura política para fortalecer os princípios democráticos e construir um modelo de atenção à saúde mais amplo e sustentável.

As reivindicações que nortearam o movimento foram apresentadas, fundamentalmente, por meio dos Secretários Municipais de Saúde e catalisadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 (BRASIL, 2000, p.5).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população. Constituído por um projeto social único materializado por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

A emenda Constitucional nº29, aprovada em 2000, modificou o Art. 198 da Constituição Brasileira assegurando que as ações e serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituíssem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 2000a).

Vale ressaltar, portanto, além das diretrizes, alguns princípios que fundamentam o SUS: o princípio da universalidade indica que a saúde é direito de todos e dever do Poder Público que deve prover serviços e ações que atendam à necessidade do cidadão, priorizando as ações de prevenção e redução no tratamento de agravos; o princípio da integralidade enfatiza a atenção à saúde considerando as necessidades individuais ou coletivas nos mais diferenciados níveis de complexidade e o princípio da equidade que considerando os princípios anteriores propõe um dos maiores desafios que é minimizar as iniquidades sociais, disparidades que motivam as ações e os serviços voltados principalmente a Atenção Básica à Saúde.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a delimitação de clientela, as equipes do Programa Saúde da Família (PSF)¹ estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde com os usuários e a comunidade (BRASIL, 2006b).

Em pouco mais de 20 anos de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso à assistência à saúde para grande parte da população brasileira, antes excluída, ou dependente da ação de instituições assistenciais e filantrópicas. Em 2009, foram realizados 721 milhões de atendimentos ambulatoriais e 11 milhões de procedimentos de média e alta complexidade e internações em mais de 8 mil unidades de saúde, segundo o Relatório de Gestão 2009 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Esta relação, que prevalece na medicina moderna, aparece em menor escala em outros sistemas médicos como o de medicina tradicional e complementar. Além disso, pode-se observar a importância dada aos aspectos sociais e espirituais fortalecidos por estes sistemas.

¹ Programa de Saúde da Família – PSF, implantado em 1994, caracteriza-se como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial com a atuação de equipes multiprofissionais nos municípios e ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Para Pelicioni (2005, p.413) “o modelo biomédico adotado durante os últimos anos não trouxe para a saúde pública tantos avanços quanto se esperava”. Uma nova maneira de abordar a Saúde Pública de modo que a visão de promoção da saúde seja mais ampla e abrangente precisa levar em conta as condições de saúde, a qualidade de vida, a capacitação para autonomia e maior participação dos usuários no processo saúde/doença tendo em todo o seu contexto como indicadores de saúde, os determinantes obtidos também por meio da educação popular.

No contexto global, observa-se a crise dos paradigmas da Medicina moderna com a prevalência da visão biológica, surgida no final do séc. XIX pautada nos microrganismos e no meio como determinantes exclusivos das doenças (ROSEN, 1994).

Com abordagem reducionista, cartesiana que vê a saúde como um funcionamento mecânico, traz em sua base uma concepção estreita de doença representada por uma séria lacuna da medicina moderna que se torna cada vez mais evidente. A população tem se mostrado insatisfeita com o atual sistema de atenção à saúde, que gera custos exorbitantes e na qual grande parte dos médicos preocupa-se em tratar as doenças sem demonstrar interesse pelo paciente (CAPRA, 2006).

Apoiada na visão biológica, tal medicina fortaleceu um sistema que excluiu os saberes tradicionais. Trata-se de uma prática médica voltada mais para o indivíduo do que para a comunidade; subestima a promoção da saúde, é tecnicista e se desenvolveu rumo à especialização ao invés de olhar o ser humano como um ser integral. “A prática médica, baseada em tão limitada abordagem, não é muito eficaz na promoção e manutenção da boa saúde” (CAPRA, 2006, p.133).

Traz uma lógica hospitalocêntrica, com foco nos procedimentos, na intervenção e no medicamento, o que acabou por fortalecer as indústrias farmacêuticas e a tecnologia médica.

Capra (2006) afirma que o desenvolvimento da tecnologia médica alcançou um grau de sofisticação sem precedentes, tornando-se onipresente à assistência médica e gerando uma dependência da medicina em relação à alta tecnologia. O autor apresenta a idéia de Toynbee (1972) ao concluir que muitos problemas advindos dessa relação não são apenas de natureza médica ou técnica, mas envolvem questões sociais, econômicas e morais muito mais amplas.

“Muito se tem dito e escrito sobre a crise da medicina, desde a década de 1970, atribuindo-lhe origens ora predominantemente econômico-financeiras ou políticas, ora corporativas ou éticas” (LUZ, 1996, p. 275).

A partir da segunda metade do século XX, surgiu o movimento denominado contracultura² que “exerceu forte pressão sobre o campo da saúde, projetando técnicas e racionalidades do paradigma não biomédico e promovendo uma revolução científica” (BARROS, 2008, p.24), com a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos e opostos ao modelo biomédico que pode atender melhor situações de emergência, mas tem deixado muito a desejar para a saúde pública.

Esse momento histórico atingiu o Brasil e outros países da América Latina, mais fortemente durante a década de 1980. A inacessibilidade de serviços, ausência de simpatia e solicitude, imperícia ou negligência, são consideradas por Capra (2006) razões para o descontentamento generalizado com as instituições médicas, sendo o tema central de todas as críticas, a desproporção entre o custo e a eficácia da medicina moderna.

Para Luz (2007) o evento marcou o ‘boom’ das medicinas tradicionais, denominadas terapias ou medicinas alternativas na sociedade ocidental, o que ajudou a favorecer o uso de outros recursos terapêuticos eficazes em muitas das instâncias de tratamento. Essa transição pôde privilegiar décadas depois o uso desses recursos conhecidos popularmente como alternativos ou naturais, denominados pela Política Nacional de Práticas Integrativas e

² Movimento social urbano, desencadeado nos anos 1960 e prolongado durante os anos 1970 nos E.U.A e no continente europeu (LUZ, 2007).

Complementares (PNPIC) de 2006, como Práticas Integrativas e Complementares (PIC) conforme descrito adiante.

Mesmo com a inserção de práticas terapêuticas não convencionais no Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2006 muitos usuários permanecem insatisfeitos com o modelo, predominantemente biomédico, que vêm sendo praticado na atenção à saúde da população.

Pesquisa divulgada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento³ (PNUD) apresentou em 2010, o novo índice de valores humanos (IVH)⁴ revelando que em termos de saúde, o Brasil teve um desempenho mais baixo do que nas áreas de trabalho e de educação. O resultado de 0,45 numa escala de 0 a 1 (quanto mais próximo de 1, maior) foi obtido a partir de entrevistas realizadas com 2.002 pessoas em 148 municípios e 24 Estados. Tal avaliação considerou principalmente o tempo de espera para atendimento médico ou hospitalar, a facilidade ou não de compreensão da linguagem usada pelos profissionais de saúde e o interesse da equipe médica percebido pelo paciente.

Outra pesquisa, mais recente, realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) divulgada em fevereiro de 2011, trouxe a opinião dos usuários de todas as regiões do país através do Sistema de Indicadores de Percepção Social do País (SIPS)⁵. Esse Sistema tem por finalidade principal levantar dados sobre a percepção da população no que diz respeito à justiça, cultura, segurança pública, serviços para mulheres e cuidados das crianças, bancos, mobilidade urbana, saúde, educação e qualificação para o trabalho e por meio das pesquisas, criar um quadro de dados que possa servir de arcabouço pragmático que ajude a otimizar a eficácia e a eficiência dos investimentos públicos diante dos serviços direcionados a estes fins.

³ Disponível em <http://www.pnud.org.br/cidadania/reportagens/index.php?id01=3537&lay=cid>. Acesso em: 21 ago.2010.

⁴ O IVH faz parte do Caderno 3 do Relatório de Desenvolvimento Humano do Brasil 2009/2010.

⁵ Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. Acesso em: 02 mar.2011.

Pretende tornar-se um indicador essencial para que o setor público possa estruturar da melhor maneira suas ações. Trata-se de uma forma da sociedade civil entender o que de fato se configura como interesse comum e quais os fatores mais requisitados ao Estado visando a formulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro (IPEA, 2011).

Em relação à saúde, o IPEA realizou uma pesquisa com 2.773 pessoas de todas as regiões do Brasil. Teve por objetivo principal avaliar a percepção da população sobre serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando os seguintes temas:

a) percepção sobre cinco tipos de serviços prestados pelo SUS: 1- atendimento em centros e/ou postos de saúde, 2- atendimento por membro da Equipe de Saúde da Família (ESF), 3- atendimento por médico especialista, 4- atendimento de urgência e emergência e 5- distribuição gratuita de medicamentos;

b) avaliação geral sobre o SUS;

c) avaliação dos serviços oferecidos por planos e seguros de saúde.

O resultado da investigação indica que o atendimento em centros e/ou postos de saúde e o atendimento de urgência ou emergência foram os serviços com as maiores proporções de qualificações negativas consideradas ruim ou muito ruim, notoriamente para as regiões sudeste e norte do país.

O melhor resultado, na percepção dos entrevistados refere-se aos atendimentos que foram realizados por membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) advindo do Programa Saúde da Família (PSF). Nesse aspecto 80,7% dos entrevistados opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom. Apenas 5,7% dos entrevistados opinaram que esse atendimento é ruim ou muito ruim.

A distribuição gratuita de medicamentos no SUS foi qualificada como muito boa ou boa por 69,6% dos entrevistados e como ruim ou muito ruim por 11% destes. O atendimento por médico especialista no SUS foi o

terceiro serviço com maior proporção de opiniões positivas: 60,6% dos entrevistados que utilizaram (ou acompanharam alguém que utilizou) opinaram que esse serviço é muito bom ou bom, enquanto 18,8% o consideraram ruim ou muito ruim.

Embora os resultados demonstrem a satisfação dos usuários de forma geral, a pesquisa indica também que melhorias no atendimento, feito por médicos especialistas, nos Centros e/ou Postos de Saúde e no serviço de urgência e emergência, seriam alcançados com o aumento na quantidade de médicos disponíveis no serviço público de saúde, segundo a opinião dos entrevistados.

Essas pesquisas podem justificar o questionamento que tem sido feito por parte dos usuários sobre atendimento *versus* demanda ocorrido nos serviços públicos de saúde, já que o modelo aplicado na rede pública tem valorizado mais o resultado estatístico referente à quantidade de atendimentos realizados pelo SUS do que a qualidade aplicada aos mesmos. Nesta direção, pode-se considerar o 'tempo' gasto no atendimento como um dos aspectos que prejudicam a relação médico-paciente. Percebe-se uma diferença grande quando o serviço de saúde é público e quando é privado, sendo que neste último, o tempo dedicado à consulta, normalmente, tem sido superior ao que ocorre no serviço público conforme concluiu a pesquisa do PNUD mencionada anteriormente.

Alguns autores tais como Boltanski (2004) e Foucault (2004) têm referido que, muitas vezes, a relação entre o paciente e o médico é uma relação de poder que se diferencia de acordo com a classe social do paciente, acabando por favorecer as classes superiores ou dificultar o acesso aos serviços e à qualidade do atendimento à saúde das classes populares.

Para o primeiro autor, “a relação doente-médico é uma relação de classe em que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente” (BOLTANSKI, 2004, p.34).

Não se pode ignorar que tal comportamento só é possível porque realmente existe uma relação de poder sobre o paciente. Para Foucault (2004), uma relação de poder não existe sem que se constitua um campo de saber, pois todo saber compõe novas relações de poder e essas relações são como teias que se alastram por toda a sociedade, o poder está sempre presente e se exerce com uma multiplicidade de relações de força.

Hoggart (1958) citado por Boltanski (2004) definiu os detentores do saber médico como representantes de um universo estranho classificando-os como 'os outros' ao falar da divisão social e 'nós' como os leigos deste saber. Os "outros", ao possuírem conhecimento, bens materiais e direitos recebem poderes externos e permissão de manipulação, ou no mínimo, vontade de manipular.

Essa relação unilateral dá mais voz ao médico do que aos "leigos" dificultando a comunicação entre ambos.

Problemas de comunicação e de confiança entre pacientes e médicos são considerados por Tesser e Luz (2002) como dilemas e tensões da prática clínica biomédica, um conjunto de situações cotidianas denominado *crise de harmonia clínica*: falta de entendimento mútuo, processos diagnósticos incertos, por vezes, anômicos e iatrogênicos, dilemas, limites ou ausência de terapêutica (...) seus riscos, seus custos, suas iatrogenias e suas restrições de abrangência sobre o processo saúde/doença do paciente. "No dia-a-dia da clínica biomédica é muito comum que doentes sejam dispensados ou reencaminhados a outra especialidade por falta de diagnóstico" (p.364).

Todavia, outros problemas têm distanciado cada vez mais a população usuária dos equipamentos públicos e privados de atendimento à saúde como, por exemplo, os altos custos dos serviços.

O custo da atenção à saúde faz com que o serviço médico seja praticamente inacessível, e não apenas à população, mas ao próprio médico, hoje, muitas vezes convertido em vendedor de procedimentos,

medicamentos e refém de altas tecnologias. Para Aciole (2007) essa venda se dá por meio das várias modalidades de prestação de serviços como as seguradoras, as cooperativas, as empresas de autogestão, as medicinas de grupo e também pelo Estado.

O fortalecimento desse 'mercado' monopoliza os equipamentos utilizados na produção dos procedimentos de alto custo concentrando o domínio e a posse de tais equipamentos pelo setor privado representado por um número restrito de produtores. Com isso, o acesso e o consumo desse tipo de procedimento são vendidos aos clientes privados por meio dos planos de saúde, ou disponibilizado ao seu cliente individual e talvez, mais importante: o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

O SUS, que busca universalizar os serviços públicos de saúde, é um dos maiores clientes de serviços e procedimentos técnico-profissionais dos prestadores de serviços de saúde especializados, transformando o Estado num grande financiador do setor de saúde privado (ACIOLE, 2006).

Não apenas a venda de procedimentos e tecnologia, muitas vezes, realizada pelos médicos deve aparecer como elemento responsável pelos altos custos geridos pelo setor saúde, mas a medicalização excessiva também tem sido um produto inculcido nesse "mercado".

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) avaliou o comportamento médico perante as indústrias de remédios, órteses, próteses e equipamentos médico-hospitalares.

Dados levantados em 2010 pelo Datafolha envolveram cerca de 600 médicos de várias especialidades. A pesquisa revelou que pouco menos de 100% (93%) dos médicos afirmaram ter recebido, em um ano, produtos, benefícios ou pagamento da indústria em valores de até R\$500,00⁶ (quinhentos reais), incluindo amostras grátis de medicamentos, almoços e jantares e ingressos para eventos. Os 7% restantes declararam ter ganho

⁶ O salário mínimo nacional vigente nesse período era de R\$510,00 (quinhentos e dez reais).

presentes de maior valor, dentre cursos à viagens para congressos internacionais.

Para o Cremesp, um terço dos médicos do Estado de SP mantém uma 'relação contaminada com a indústria farmacêutica e de equipamentos, que ultrapassa os limites éticos'. Um fato que contribui para que essa conduta tomasse maiores proporções, segundo o presidente do Conselho, é a propaganda de laboratório, considerada por boa parte dos médicos, como a única forma de atualização e com ela, presentes e brindes contribuíram para que a relação se tornasse mais promíscua aumentando ainda mais com o monitoramento das receitas, momento em que muitas farmácias e drogarias auxiliaram a indústria de remédios a vigiar as receitas prescritas. Essa prática não é considerada ilegal, porém antiética (COLLUCCI, 2010).

Desde 2010, está em vigor no Código de Ética Médica, um artigo, uma resolução da ANVISA e um "código de condutas" da Associação das Indústrias visando evitar o conflito de interesses na relação entre médicos e laboratórios. Conforme os Arts. 68 e 69 é vedado ao médico exercer a profissão com interação ou dependência de (...) qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, bem como exercer simultaneamente a medicina e a farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional (CFM, 2009).

Para Bráulio Luna Filho, coordenador da pesquisa do Cremesp, essa relação de troca começa na graduação e depois de formado, o médico continua achando isso natural. O processo de sedução da indústria de medicamentos e de equipamentos se inicia nas escolas médicas. A pesquisa também apresentou a confirmação de que 74% dos médicos entrevistados presenciaram ou receberam benefícios durante os seis anos de curso e 58% receberam ou foram visitados pelos representantes da indústria farmacêutica

no hospital-escola, sendo que 13% obtiveram financiamento para participar de evento científico, cultural ou esportivo.

As principais escolas dos Estados Unidos, como Harvard, Stanford e Michigan não permitem que representantes da indústria circulem pelos hospitais-escola a fim de combater o conflito de interesses. No Brasil, segundo Marcos Boulos, diretor da Faculdade de Medicina da USP, alguns setores do Hospital das Clínicas, como o de infectologia, por exemplo restringem o acesso dos representantes da indústria, mesmo que outros ainda dependam de amostras grátis (COLLUCCI, 2010).

Mesmo a par dessa situação onde o conflito de interesses é reconhecido, o Conselho Federal de Medicina (CFM) diz que não há qualquer restrição legal que impeça médicos ligados a indústria participarem de consensos e que é preciso rever essa situação. O atual presidente do CFM, Roberto Luiz d'Ávila, afirma que é difícil adotar diretrizes elaboradas por médicos brasileiros comprometidos com a indústria de medicamentos. Para ele, perde-se a credibilidade quando as orientações que padronizam a conduta para determinada doença são feitas por entidades profissionais, esses documentos definem, por exemplo, qual a taxa de colesterol ou o nível de pressão arterial aceitáveis e quais as classes de remédios que devem ser usadas no tratamento dos pacientes.

Outra pesquisa realizada pelo Datafolha, em 2011, revelou entre outras diretrizes, que dos 111 profissionais responsáveis pelo documento sobre hipertensão, mais da metade (56,7%) declarou ter recebido, nos últimos três anos, algum tipo de ajuda patrocinada por laboratório, além de dois deles, serem acionistas na indústria.

Nos EUA, há um movimento médico crescente que considera inaceitável esse tipo de conflito. Consideram que, ao terem ligação com a indústria, os médicos podem favorecê-la prescrevendo mais remédios, minimizando os riscos das drogas ou distorcendo dados sobre a eficácia das mesmas.

“Décadas atrás, as escolas médicas não tinham relações financeiras extensas com a indústria, e os que faziam pesquisa com patrocínio da indústria não tinham laços com patrocinadores. Mas as escolas agora têm acordos múltiplos com a indústria e estão em difícil posição moral para impedir que seu corpo docente se comporte da mesma forma (ANGELL, 2009, p.31)”.

Esse tipo de problema, que vêm ocorrendo desde a formação do médico, não é isolado. Outros aspectos estão além de qualquer relação do estudante com as indústrias de medicamentos, como a baixa qualidade na formação médica que, inclusive, tem sido questionada pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica – SBCM (LOPES, 2010).

Lopes⁷ relatou o caos instaurado há décadas nos cursos de formação médica onde muitos não têm currículo adequado e apresentam um corpo docente de capacitação duvidosa. É comum, por exemplo, ver Faculdades sem hospital-escola, sendo que é impossível aprender medicina sem contato com pacientes.

Outra questão que aparece em uma formação deficiente é a restrição à discussão filosófica ou existencial relacionada a qualquer enfermidade, posição característica da medicina moderna, que geralmente não discute atitudes e estilos de vida saudável, tampouco, indagam ‘O que é saúde?’, são consideradas questões filosóficas que pertencem ao domínio espiritual, fora da esfera da medicina, que se pressupõe ser uma ciência objetiva e que não deve se preocupar com juízos morais (CAPRA, 2006, p.137)

Para Almeida-Filho (2011) apesar de conservadoras e elitistas, as universidades não são a principal fonte do problema, porque o sistema educacional da saúde acaba por refletir o modelo de prestação de serviços de saúde prevalecente no Brasil e regido por forças de mercado. Baseado na tecnologia médica, ao invés de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas, nesse aspecto “o estabelecimento acadêmico, liderado por faculdades tradicionais, é contra o rearranjo da base

⁷ Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br>. Acesso em 15 fev.2011.

ideológica do ensino superior e, portanto, tende a recusar modelos de cursos inovadores” (p.7).

Para o mesmo autor, profissionais qualificados, orientados para evidência, capacitados e comprometidos com a igualdade na saúde, o que considera ser “a força de trabalho ideal para atendimento no SUS” não correspondem ao perfil dos profissionais que têm operado na rede pública de saúde apesar da determinação do SUS em provocar uma forte pressão política em favor da substituição do padrão reducionista, centrado no hospital e orientado para a doença e a especialização vigente na educação profissional, por outro modelo que seja mais humanista, voltado para a saúde, com foco nos cuidados de atenção primária e socialmente comprometidos. Nesse contexto, o Ministério da Educação - MEC, pressionado pelos movimentos sociais, assumiu a liderança até então de responsabilidade das universidades, propondo iniciativas como REUNI⁸ e o Pró-Saúde⁹.

Assim, relaciona essa disparidade como decorrente da autosseleção, pois o setor privado, na formação de seus profissionais promove uma ideologia individualista na qual se considera o serviço público apenas como um emprego mal remunerado, que oferece estabilidade, porém em uma posição secundária, de complementação de renda em relação à iniciativa privada ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes. Almeida-Filho (2011) comenta que:

pode-se encontrar uma compreensão mais aprofundada do problema na dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior. Assim, a questão-chave para a saúde no Brasil poderia ser a deformação do ensino humanístico, profissional e acadêmico do profissional de saúde (p. 6).

⁸ Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais para ampliação do acesso e permanência na educação superior. Instituído pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Disponível em http://reuni.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=28 Acesso em: 31 mai.2011.

⁹ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde baseado no SUS que tem por objetivo reformar o ensino superior para a força de trabalho da saúde. Instituído em 2005. Disponível em <http://www.prosaude.org/>. Acesso em: 31 mai.2011.

Kaseker (2009) publicou uma entrevista com representantes da Associação Paulista de Medicina (APS), do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), do Ministério da Educação (MEC), da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) entre outras e tornou pública suas críticas em relação à formação e qualificação médica em entrevista à Revista da APM – Associação Paulista de Medicina, realizada em 2009.

Apesar de não haver estatística que correlacione deficiências do ensino médico com o aumento de processos contra os profissionais da medicina, ressalta-se o aumento no número de queixas contra jovens médicos.

Para o vice-presidente atual da APM, Florisval Meinão, a abertura indiscriminada de escolas médicas e a formação inadequada de centenas de profissionais certamente é o que leva à maior ocorrência de falhas técnicas.

Escolas abertas sem critério prejudicam o próprio estudante no sentido técnico-científico, e também no sentido ético, expressa, José Maia Vinagre, vice-corregedor do CFM. De acordo com ele, vários alunos recebem o diploma sem conhecer o Código de Ética Médica, além disso, não têm sido preparados para terem uma boa relação com o paciente, o que os faz exercer mal a medicina. Sem contar a pouca ênfase dada na promoção da saúde, educação em saúde, atenção primária, entre outros aspectos de suma relevância para uma formação mais adequada dos profissionais da saúde, especialmente os médicos.

O médico mal formado, também aumenta o custo para o Sistema de Saúde. Segundo o Secretário Geral da APM desde 2005, também coordenador das Delegacias da Capital, no Cremesp, Ruy Tanigawa, o que poderia ter o custo reduzido acaba resultando na realização de mais exames, na repetição de procedimentos e outras ações desnecessárias.

A problemática instaurada na formação e na qualificação dos profissionais médicos, no entanto, vai mais além. Existe um déficit na oportunidade de residência médica no país devido ao grande número de vagas nos cursos de graduação, além da concorrência em determinadas especialidades e regiões, cenário que evidencia a falta de especialistas no Brasil, afirma o ex-presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Milton Arruda. A Residência Médica, instituída desde 1977, é considerada por ele, o melhor instrumento para a especialização e o crescente número de médicos recém-formados que não tiveram acesso a ela e buscarem outras formas de continuar seu treinamento, como estágios que não passam por processos de autorização, credenciamento e avaliação, podem contribuir para aumentar essa problemática.

De acordo com o Cremesp, 61% dos médicos em atividade no Estado de São Paulo não cursaram Residência Médica considerando o número de médicos paulistas formados entre 1996 e 2005, o que pode ter aumentado.

Frente a esse quadro, uma Comissão Especial do Ministério da Educação, presidida por Adib Jatene, exigiu medidas para garantir a qualidade do ensino-aprendizagem em escolas médicas com baixo conceito, de acordo com o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade). Além de suspender o vestibular, diminuir as vagas e outras sanções, a principal ação, para Jatene, foi modificar os pré-requisitos para a candidatura de Instituições à abertura do curso de medicina. Uma das exigências é haver um complexo médico-hospitalar em funcionamento há pelo menos dois anos e com número de leitos quatro vezes superior à quantidade de vagas da escola. No caso de convênio com hospital não-universitário, a responsabilidade pelos atendimentos caberá aos professores.

É preciso ter claro, que parte desses problemas detectados atinge também profissionais de saúde de outras áreas e não somente a área médica. Almeida-Filho (2011) chama a atenção para a necessidade de se

reconhecer os graves problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, qualidade e eficiência dos profissionais de saúde. Para este autor, a falta de investimentos, as condutas de corrupção e a má gestão decorrente da burocracia governamental elencam essa problemática, tendo como o principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS, de forma qualitativa, a limitação de recursos humanos.

Carvalho e Ceccim (2007) alertam para as políticas públicas educacionais, onde a graduação na área da saúde, não tem tido uma orientação que integra ensino e trabalho, mas é voltada para uma formação teórico-conceitual, cuja metodologia potencialize competências de integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e do desenvolvimento do próprio Sistema de Saúde, ao invés do formato centrado em conteúdos e pedagogia da transmissão (...) de desvinculação entre ensino, pesquisa e extensão.

“A educação médica, assim dizem eles [os médicos ou grande parte deles], deve estar dissociada, por definição, das preocupações sociais, uma vez que estas são causadas por forças sobre as quais os médicos não têm controle” (CAPRA, 2006, p.133)

Não há dicotomia ao mencionar todos esses problemas como sendo de ordem pública ou privada, pois os profissionais que têm sido formados sob a égide de escolas inadequadas encaminham-se tanto ao serviço público de saúde quanto ao serviço privado conforme pode-se verificar pelos inúmeros problemas noticiados cotidianamente pela mídia.

Tais inquietações têm levado à valorização e à sistematização de outras práticas médicas.

1.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Para Luz (1996) formas simplificadas e não invasivas, consumo de medicamentos oriundos de produtos naturais e uma proposta ativa de promoção da saúde fazem parte de sistemas terapêuticos e práticas de medicação e cuidado, desde a segunda metade da década de 1970. Neste período, além do sucesso da Homeopatia abrir cada vez mais espaço a uma perspectiva naturista, o Movimento Contracultura já mencionado anteriormente e uma posição anti-tecnológica referente à saúde defendiam as terapêuticas provenientes da natureza sem que isso significasse apenas uma rejeição da medicina especializada e tecnicada, anti-natural, invasiva e iatrogênica, mas reafirmava a presença de uma força curativa advinda do meio natural.

As medicinas tradicional e complementar, além de promoverem a redução dos custos, têm se mostrado eficazes e investido na promoção da saúde e na educação em saúde, contribuindo para evitar que a doença se instale e que suas conseqüências sejam muito graves.

Para Azevedo (2006, p.24):

O resgate e a busca dessas formas tradicionais de cura aparece como impulso cada vez mais forte que questiona a abordagem biológica dominante na medicina (moderna) e a sua capacidade de curar, prevenir doenças e promover saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) denominou esse conjunto de práticas e saberes, como Medicinas Complementares e Alternativas / Medicinas Tradicionais (MAC/MT) em um momento em que não existia a terminologia de Práticas Integrativas e Complementares definida mais tarde, em 2006, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Tais práticas visam estimular o uso de métodos naturais de prevenção e recuperação, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico,

integração do ser humano com a natureza, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado (BRASIL, 2006a).

No início da década de 1960, a Organização Mundial da Saúde (OMS) pronunciou-se pela primeira vez sobre a Medicina Tradicional e Complementar usando a terminologia da Medicina Alternativa. Ao final da década seguinte, em 1978, a OMS recomendou aos seus estados-membros o uso integrado destas práticas pelos seus sistemas de saúde, todavia em conjunto com as técnicas da medicina moderna.

Em 2002, houve um avanço no discurso da Organização quando foi lançada a Estratégia sobre a Medicina Tradicional para 2002-2005 por meio de um documento vasto e de pretensão estrategicamente global dirigido às nações membros da ONU, tratando das terapêuticas de saúde ditas “não convencionais”.

O termo Medicina Complementar Alternativa (MCA) foi definido como “um conjunto de práticas sanitárias que não fazem parte da tradição do país, ou não estão integradas em seu sistema sanitário prevalente” (OPAS, 2002, p.18).

A MCA difere do conceito de Medicina Tradicional (MT), que foi definido pela OMS (2002) como sendo “práticas, enfoques, conhecimentos ou crenças sanitárias diversas que incorporam fitoterapia, técnicas manuais, técnicas espirituais e exercícios, de forma individual ou em combinação, para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades” (p.1). Segundo dados da OMS, cerca de 80% dos países do Hemisfério Sul se utilizam de alguma forma de Medicina Tradicional e Complementar como parte dos cuidados básicos de saúde (AZEVEDO, 2006).

Também, em 1986, na 8ª. Conferência Nacional de Saúde referiu-se a importância da Medicina Complementar Alternativa (MCA) e Medicina Tradicional (MT) para alcançar um sistema de saúde mais universal e preventivo.

Uma década depois, na realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) novamente essa importância foi reforçada, mas desta vez com caráter um pouco mais político e científico que deixou claro, em seu relatório final, a responsabilidade dos gestores da rede pública de saúde, não somente em estimular ou apoiar as práticas populares alternativas, mas ampliar e avaliar sua efetividade por meio de pesquisas tendo o apoio das agências de fomento à pesquisa e realizadas em parceria com Universidades Públicas conforme itens 80 e 80.2 do documento:

- 80 -** Os Gestores do SUS devem estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas de interesse social na área da saúde, divulgando-os amplamente aos Usuários, com a finalidade de favorecer o pleno desenvolvimento do SUS (...)
 - 80.2-** pesquisas que analisem a efetividade das práticas populares alternativas em Saúde (fitoterapia, alimentação alternativa, etc.), com o apoio das agências oficiais de fomento à pesquisa e realizadas em parceria com Universidades Públicas
- (CNS, 1996, p.28-29).

Diante da necessidade de se integrar a medicina moderna às práticas de saúde não convencionais e garantir a integralidade na atenção à saúde o Ministério da Saúde aprovou em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Esta política veio atender, sobretudo, a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados respondendo ao mesmo tempo ao desejo de parte da população, manifesto nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde, desde 1988.

Os objetivos da Política foram construídos de forma a priorizar: (i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a

ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Foram nomeadas 11 diretrizes a fim de definir estratégias de inserção, gestão e avaliação das práticas complementares no SUS: 1. estruturação e fortalecimento da atenção; 2. desenvolvimento de qualificação para profissionais; 3. divulgação e informação de evidências para profissionais, gestores e usuários; 4. estímulo às ações intersetoriais; 5. fortalecimento da participação social; 6. acesso a medicamentos; 7. acesso a insumos; 8. incentivo à pesquisa sobre eficiência, eficácia, efetividade e segurança; 9. desenvolvimento de acompanhamento e avaliação; 10. cooperação nacional e internacional; 11. monitoramento da qualidade (BARROS, SIEGEL & SIMONI, 2007).

Essas diretrizes são essenciais para a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), estão dentro da perspectiva holística e contemplam três aspectos relevantes para este trabalho.

A primeira diretriz da PNPIC que considera a estruturação e o fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS, mediante sua inserção em todos os níveis de atenção, enfatiza na Atenção Básica o desenvolvimento multidisciplinar, a implementação de ações e o fortalecimento do que existe, o estabelecimento de mecanismos de financiamento, a elaboração de normas técnicas e operacionais e a articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

A segunda diretriz, tão importante quanto a primeira, refere-se ao desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais do SUS e em conformidade com os

princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente (BRASIL, 2006a).

A terceira diretriz orienta as ações de divulgação e informação dos conhecimentos das PIC para os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006a).

Mesmo assim, após meia década não se tem percebido grandes avanços, principalmente em relação às três primeiras que possibilitam indiretamente as ações com as demais diretrizes.

Pretendeu-se com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) assegurar o acesso aos usuários do SUS às medicinas tradicionais e complementares entre as quais, destacam-se aquelas do âmbito da Medicina Tradicional Chinesa: a Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e o Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006a).

Na Medicina Tradicional Chinesa (MTC) dois pólos extremos, *Yin* e *Yang*¹⁰, são a base para o modelo médico que considera o processo saúde/doença um processo de fluxo contínuo de movimento e transformação (ROSS, 1994). O *Yin* e o *Yang* sustentam o ritmo fundamental do Universo. É um processo cósmico, intrinsecamente dinâmico (CAPRA, 2006).

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa – MTC, 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 (BRASIL, 2006a).

¹⁰ Estrutura que defina a idéia de padrões cíclicos, dois pólos que fixam os limites para os ciclos de mudança (CAPRA, 2009, p.33).

A Homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico, que atua sob o princípio vitalista usando a lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após estudos e reflexões realizados por meio da observação clínica e experimentos. Os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia foram sistematizados por Hahnemann e constam nas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento (BRASIL, 2006a).

As Plantas Medicinais, a Fitoterapia e seus derivados vêm, há muito, sendo utilizados pela população nos seus cuidados com a saúde, principalmente como recurso terapêutico na Medicina Tradicional Indígena, Quilombola e por demais povos e comunidades tradicionais; na prática popular (fitoterapia popular), de transmissão oral entre gerações ou nos serviços públicos de saúde, como prática complementar de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

A Medicina Antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrado ao trabalho médico, está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria (BRASIL, 2006a)

Embora, a Medicina Tradicional Indiana não tenha sido contemplada pela Política (PNPIC) considera-se importante mencioná-la como mais um modelo tradicional de saúde.

Carneiro (2009) define o termo *Ayurveda* como um completo sistema indiano de racionalidade médica podendo ser traduzido basicamente como ciência da vida, ciência da longevidade, conhecimento da vida. Todavia, definições mais complexas conceituam o *Ayurveda* como sendo o conhecimento do ciclo da vida ou da dinâmica da vida; o que combina corpo, sentidos, mente e espírito numa relação de harmonia interdependente.

No que diz respeito à saúde, a definição ayurvédica está longe da visão mecanicista facilmente encontrada nas ciências materialistas, e mais próxima à visão metafísica com uma abordagem mais integral e menos tecnológica.

O *Ayurveda* diz que uma pessoa sadia é aquela que apresenta equilíbrio dos princípios vitais (*doshas*) e das enzimas metabólicas e digestivas (...) e que experimenta a felicidade no espírito, nos sentidos e na mente
(CARNEIRO, 2009, p.24).

Sobre o Termalismo e a Crenoterapia entende-se que o termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde e a crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde (BRASIL, 2006a).

Na comemoração dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizaram, em Brasília (DF), entre os dias 13 e 16 de maio de 2008, o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, após dois anos da implantação da PNPIC. O evento, além de reunir representantes das agências internacionais de saúde, gestores das três esferas de gestão, OPAS/OMS, autoridades sanitárias, entidades científicas dentre pesquisadores e profissionais da saúde, promoveu um espaço para o intercâmbio de experiências exitosas de modelos instituídos em outros países nos sistemas

oficiais de atenção à saúde. Em 2009, o Ministério da Saúde publicou um relatório cujo conteúdo é fruto desse evento (BRASIL, 2009a).

Segundo depoimento do Ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, gestão 2007/2010 foi um desafio para o governo brasileiro incorporar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Esse 1º Seminário foi considerado por ele, um espaço importante para a troca de experiências nacionais e internacionais, ressaltando o Programa Saúde da Família como a melhor estratégia onde essas práticas poderiam acontecer integralmente (BRASIL, 2009a).

Outra contribuição, para esse tema, no mesmo evento, foi feita pelo representante da OPAS-OMS, Diego Victória, ao afirmar a necessidade de ampliação do atendimento e do respeito às diferenças e culturas dos povos frente às constantes mudanças no cenário mundial da saúde.

O Ministério da Saúde brasileiro compilou as experiências na área de implantação das PIC, como a do Distrito Federal, de Campinas-SP, do Amapá, do Recife-PE e de Várzea Paulista-SP e divulgou o avanço do atendimento com a homeopatia e a acupuntura no SUS. Foram realizados, em 2007, mais de 386 mil consultas de acupuntura, por 699 profissionais, e mais de 312 mil consultas em homeopatia, atuaram 810 profissionais em todo o Brasil. Atualmente, já são mais de 1.200 municípios brasileiros que oferecem algum dos tratamentos previstos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Temporão, 2008, p. 50).

Para a coordenadora da PNPIC do Ministério da Saúde, Carmen De Simoni, a Política surgiu a partir da demanda da sociedade pela inclusão de novas terapias no SUS e na Atenção Básica/Saúde da Família para atuar em conjunto com as políticas relacionadas aos povos indígenas e às plantas medicinais e fitoterápicos (SIMONI, 2008, p. 65).

Além do Brasil, outros países como China, Cuba, Bolívia, México e Itália, apresentaram e debateram seus bons resultados contribuindo para o aprimoramento do modelo brasileiro (BRASIL, 2009a).

Segundo o chefe de pesquisas do Centro Nacional de Medicina Natural e Tradicional do Ministério da Saúde cubano, Jorge Luis Campistrós Layout, Cuba está adotando o mesmo conceito utilizado no Brasil para medicina integrativa e por razões ético-filosófica, científicas e econômicas estão sendo implantadas as Práticas Integrativas. O país possui um grupo de especialistas multidisciplinar que de acordo com as recomendações da OMS investiga as plantas medicinais e outras modalidades de Práticas Integrativas e Complementares. Layout demonstrou resultados obtidos em hospitais de três províncias da ilha, onde pacientes com dengue foram tratados com a homeopatia. O autor ainda destacou sua eficácia quando aplicada num episódio de epidemia: nos casos de dengue hemorrágica, por exemplo, apenas 2% dos doentes tiveram sangramento. Segundo ele, o custo para o Estado de pacientes tratados com a homeopatia foi, em média, três vezes mais baixo do que os que foram tratados com medicamento alopático.

No México, o governo incorporou as orientações da OMS ao seu sistema de saúde, já que um dos quatro programas contemplados na Política Intercultural do país destina-se à Medicina Tradicional. Foi feito um levantamento sobre o histórico da utilização das Práticas Integrativas e Complementares o que possibilitou a organização e classificação de mais de 100 (cem) práticas reconhecidas pelo Ministério da Saúde mexicano.

O governo boliviano implementou no seu sistema de saúde pública o Modelo de Saúde Familiar e Comunitária Intercultural, semelhante à Estratégia Saúde da Família (PSF) adotada no Brasil, procurando revalorizar, articular e complementar as medicinas existentes no país. Esse modelo tem como princípios o estímulo à participação social, à intersectorialidade, à interculturalidade e à integralidade. Segundo o Secretário Nacional de Medicina Tradicional do Ministério da Saúde da Bolívia, o programa enfrenta alguns problemas porque a população está localizada em áreas muito dispersas, com vias de difícil acesso e elevados índices de analfabetismo, em especial para os povos indígenas que não

recebem esse benefício, sendo estes grandes desafios na promoção da saúde e no oferecimento dos serviços que devem ser enfrentados (LAGUNA, 2008, p. 85).

A Revista Brasileira de Farmacognose tem publicado vários artigos¹¹ gerados por pesquisas com fitoterápicos, entre eles destaca-se uma realizada pelo laboratório de botânica da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul que identificou a franca expansão da comercialização de plantas medicinais, o que demonstrou o crescimento da medicina popular amplamente praticada por raizeiros e ervanários e sua conseqüente projeção (NUNES et al, 2003).

A maioria dos países tem investido cada vez mais na pesquisa e fabricação de medicamentos fitoterápicos, isso vem ocorrendo inclusive no Brasil. Segundo o Relatório do já citado 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PIC só a fitoterapia movimenta anualmente na Europa 3,5 bilhões de Euros e na China, 14 bilhões de dólares, mostrando crescimento expressivo ano a ano. Atualmente, este mercado chega a 30% do total do comércio de medicamentos em geral (BRASIL, 2009a).

Alex Botsaris, do Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais, enumerou as vantagens da utilização de plantas medicinais na Atenção à Saúde. Além da valorização da cultura popular, ele destacou o fato de o tratamento fitoterápico ser o mais utilizado por ter baixo custo. Segundo ele, esse tratamento pode substituir os medicamentos tradicionais, em cerca de 95% dos atendimentos mais simples (BOTSARIS, 2008).

Mesmo estando em crescimento, são reconhecidas as dificuldades relativas à adoção das práticas integrativas e complementares com bases essencialmente nas medicinas tradicionais. Para Tesser e Barros (2008) a hegemonia político epistemológica da Biociência e a disputa mercadológica atual no campo da saúde, devem ser observadas como fatores importantes

¹¹ Disponíveis em: Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>.

que dificultam a pluralização terapêutica no SUS, cuja tendência é transformar qualquer saber/prática estruturado do processo saúde-doença em mercadorias ou procedimentos a serem consumidos, reforçando a heteronomia e a medicalização.

Entretanto, uma comparação feita pela coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da OMS, Dra. Xiaouri Zhang, evidencia as diferenças entre um e outro modelo de saúde; enquanto uma se preocupa em identificar e combater os agentes das doenças a outra se preocupa com os aspectos físicos, emocionais, mentais e ambientais relativos ao paciente. A médica conclui afirmando que o ato de curar pode ser visto como uma guerra ou como um processo de harmonização, sendo esta a grande diferença entre esses dois paradigmas.

Entretanto, apesar desses movimentos a favor das Práticas Integrativas e Complementares e ações para o fortalecimento da Política Nacional, ainda percebe-se uma resistência à implantação e uso desse modelo, em alguns locais. Tal atitude, talvez seja fruto da permanente hegemonia do modelo biomédico sobre os profissionais de saúde não médicos para o exercício dessas práticas no SUS.

Além disso, é importante destacar o estranho fato de que muitas práticas reconhecidamente importantes não foram, até o momento, contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), entre elas evidencia-se as utilizadas pela Naturologia.

1.3.1 Naturologia

O estudo das práticas e métodos naturais, tradicionais e modernos para o cuidado da saúde humana visando a promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como a melhoria das condições de vida das

peças, denomina-se Naturologia. Estimula a relação de equilíbrio do indivíduo com o ambiente e com a sociedade em que vive. Compreender somente os mecanismos biológicos como a causa exclusiva das doenças, não significa progresso na assistência à saúde. Os que dizem que pouco se fez na medicina “moderna” em vinte anos, também estão certos porque falam de cura e não de conhecimento científico, espera-se no entanto, que doravante não sejam espécies de progresso incompatíveis e nem excludentes.

“A pesquisa biomédica continuará sendo uma parte importante da futura assistência à saúde, ainda que integrada numa abordagem mais ampla, holística” (CAPRA, 2006, p.129).

Com base na visão integral do ser humano, a Naturologia fomenta uma postura transdisciplinar, ampla e holística. Força um novo debate no campo das ciências, no entendimento do processo saúde/doença e promove uma ação multidimensional na relação terapêutica, sob uma construção contínua de um novo paradigma.

O novo paradigma força uma visão sistêmica e uma postura transdisciplinar. O modelo sistêmico atende ao conceito de interdependência das partes. Postula que tudo é interdependente, que os fenômenos apenas podem ser compreendidos com a observação do contexto em que ocorre. Postula também que a vida é relação (TEIXEIRA, 1996, p. 287).

No âmbito da graduação, atualmente duas universidades brasileiras, uma na região sul e a outra na região sudeste do país, oferecem a Naturologia. Ambas formam o profissional de saúde denominado naturólogo, preparado para atuar na área da saúde de forma multidisciplinar, tendo como ferramentas e recursos terapêuticos, as Práticas Integrativas e Complementares conhecidas no contexto da Naturologia como Práticas Naturais ou Terapias Alternativas.

Há 12 anos a Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL ; pioneira do curso de Naturologia Aplicada no Brasil gradua no período de

quatro anos e meio o profissional naturólogo. Neste período, o projeto pedagógico do curso foi alterado no intuito de adequar e aprimorar a formação do bacharel em Naturologia.

A Universidade Anhembi Morumbi, na cidade de São Paulo, oferece a graduação em Naturologia desde 2002. Pioneiro no Estado, o curso tem como base a aplicação prática dos conhecimentos de técnicas tradicionais e avançadas da saúde natural, que prepara o naturólogo para atuar em diversas áreas da saúde, em programas de promoção, manutenção e recuperação. Este curso tem também duração de quatro anos e meio.

Embora, recente no contexto acadêmico brasileiro, a Naturologia tem como alicerce à fundamentação teórico-científica e de prática clínica as medicinas tradicional e/ou milenares: chinesa, indiana, antroposófica, xamânica, entre outras.

“A Naturologia é uma ciência polidisciplinar, trabalha com a decomposição de disciplinas, de conhecimentos diferentes, e precisa ser pensada à luz de perspectivas críticas do modelo clássico científico” (SILVA, 2008, p.14).

Durante o II Congresso Brasileiro de Naturologia realizado em Florianópolis/SC em novembro de 2009, aconteceu o I Fórum conceitual e nele formulou-se oficialmente, o conceito de Naturologia. É abrangente e aplica-se ao campo de atuação da Saúde Pública:

A Naturologia é um conhecimento transdisciplinar que atua em um campo igualmente transdisciplinar. Caracteriza-se por uma abordagem integral na área da saúde pela relação de interagência do ser humano consigo, com o próximo e com o meio ambiente, com o objetivo de promoção, manutenção e recuperação da saúde e da qualidade de vida.

(CONBRANATU, 2009)

Em 2003, foi criado um Núcleo de Naturologia da Amazônia na Universidade Federal do Pará que apresentava a Naturologia como a

ciência, a arte, a cultura, a técnica, a filosofia e a tradição de aplicação das leis naturais de forma propedêutica e educativa, atuando principalmente, para a promoção da qualidade de vida e da saúde humana.

Até o momento, os profissionais naturólogos têm como representantes oficiais de sua categoria, as Associações Brasileira e Paulista de Naturologia, ABRANA e APANAT respectivamente, esta última apresenta a Naturologia como:

Uma ciência que estuda métodos naturais antigos, tradicionais e modernos de cuidado, com objetivos de promover, manter e recuperar a saúde, através da estimulação e suporte à inerente energia do corpo, para a melhoria da qualidade de vida, harmonia e equilíbrio do ser humano com o meio em que vive. Destaca-se como ciência da área da saúde que trabalha focada no equilíbrio do indivíduo e orienta a utilização das terapias naturais para promover o bem-estar e a qualidade de vida de forma integral (APANAT, 2007).

Visa, ainda, identificar os problemas de saúde suscetíveis às práticas das terapias naturais e selecionar os métodos e terapias complementares mais adequados a cada tipo de situação, sempre resguardando a livre escolha e a integridade física e psíquica das pessoas, bem como interagir com as equipes de saúde.

Apesar de considerar as patologias no contexto terapêutico, o Naturólogo, não se ocupa do seu tratamento em específico, mas sim, da promoção da saúde, de forma a estimular a autorregulação orgânica por meio das práticas naturais, associado ao aconselhamento de fatores relativos ao estilo de vida, que de acordo com Nahas et al (2000) representa as ações cotidianas que influenciam as atitudes e valores do indivíduo, que por sua vez, acredita-se reverberarem nas condições da qualidade de vida dos interagentes¹² (CIDRAL FILHO, 2008).

¹² Termo empregado pela Naturologia Aplicada fazendo menção ao “paciente” como co-responsável pelo processo de saúde individual e coletiva. Aquele que interage, que exerce uma ação recíproca com outra pessoa (FERREIRA, 2004; CIDRAL FILHO, 2008; RODRIGUES, 2008).

Um diferencial presente na abordagem terapêutica proposta pela Naturologia é a habilidade que este profissional de saúde tem para agregar à visão corpo-mente-espírito, compartilhada, por exemplo, pela Medicina Antroposófica. Além disso, incorpora também a visão energética implícita não apenas nas Práticas Integrativas e Complementares, mas nas medicinas tradicional e complementar e, ainda nas terapias vibracionais, como faz a Homeopatia.

Para Hellmann (2009) a Naturologia atua sob o paradigma bioenergético tal como as Medicinas Tradicionais. Não se trata de uma Medicina Natural, considerada pelo ocidente como biomedicina ou da Naturopatia, pois esta busca tratar as doenças com recursos naturais. Por sua vez, a Naturologia pretende trabalhar a saúde, em suas causas e não efeitos, reconhecendo que, muitas vezes, essas causas podem ser geradas por problemas estruturais da sociedade.

O insumo principal da Naturologia é a natureza e tudo o que dela advém para promoção da saúde humana e todas as espécies.

Souza e Luz (2009) compartilham com tal perspectiva quando definem que: “a natureza exerce força mediadora priorizando o papel da terapêutica ao estabelecer a saúde dos homens” (p.7) e compreendem a natureza fazendo parte do homem, portanto sua saúde reside em equilibrar seus componentes naturais da maneira mais harmônica possível; ela tem força medicadora.

Em vários municípios paulistas e catarinenses, a atuação do profissional graduado em Naturologia, o naturólogo, tem sido crescente. Além das capitais, em cidades paulistas como Jundiaí e Registro foram inseridos no SUS naturólogos concursados. Todavia, essa participação não limita-se apenas aos Estados gestores do curso, como é o caso do SPA Caldas da Imperatriz e Brian Itapema Resort, em Santa Catarina e o Medical Day Spa em Jundiaí/SP, Spa Recanto em Cabreúva/SP, dentre outros. No Estado do Mato Grosso, Goiás, Pará, Minas Gerais e Rio Grande do Sul,

entre outros, o naturólogo pode ser encontrado em clínicas, consultórios particulares, centros de reabilitação, spas, nas Instituições de Ensino¹³: Unisul, UAM, FAJ; e ainda, em comunidades indígenas, como é o caso de Mbiguaçu e das aldeias de Amaral e Massiambu, localizadas nos municípios de Palhoça e Biguaçu em Santa Catarina.

Os naturólogos utilizam como recursos terapêuticos, práticas integrativas e complementares, muito embora a formação acadêmica os qualifique no uso das práticas de aromaterapia, arte integrativa, cromoterapia/cromopuntura, essências florais, fitoterapia, geoterapia, hidroterapia, iridologia, massoterapia, reflexologia, técnicas de arteterapia e de musicoterapia, este profissional não tem atuado como poderia na Saúde Pública brasileira, acabando por conviver com uma situação, ainda, de invisibilidade no SUS como ocorre com as Práticas Integrativas e Complementares e a Política (PNPIC) que as sustentam.

Apesar disso, assim como a Naturologia, a divulgação das Práticas Integrativas e Complementares está cada vez mais freqüente e utiliza-se de vários meios de comunicação. Ora relatando a abordagem terapêutica integral como um caminho à cura e recuperação da qualidade de vida, ora descrevendo os resultados de pesquisas científicas. Para Azevedo (2007):

A discussão acerca das terapias alternativas ou práticas tradicionais ampliadas pelo conhecimento científico torna-se especialmente importante em um momento no qual surgem questionamentos sobre o modelo de saúde vigente; sobre a necessidade da humanização das práticas médicas; sobre o fortalecimento da visão interdisciplinar e transdisciplinar da ciência e os conceitos de eficácia, segurança e reações adversas dos medicamentos. Tais questionamentos reverberam dentro de um movimento descrito por Fleck e colaboradores (1999) que ocorre nas ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o tratamento de doenças, controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, e direciona a ciência para as noções de promoção de saúde e qualidade de vida (p.2).

¹³ (Unisul e UAM) docentes do curso de Naturologia; (FAJ) docente no curso de Enfermagem. De conhecimento da pesquisadora.

Andrade e Costa (2010) identificam as Práticas Integrativas e Complementares inseridas num campo paradigmático, alicerçadas a uma visão integrativa e sistêmica, que por sua vez, exige uma terapia multidimensional e um esforço multidisciplinar na compreensão do processo saúde/doença/cura, diferente da visão biologicista. Considerando esta visão integrativa e sistêmica, os autores concluem que:

As abordagens da saúde e da doença, da diagnose, dos tratamentos terapêuticos e das doutrinas que lhes dão suporte concebem o ser humano como ser integral, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito, ao contrário do que faz a medicina convencional (...) que envolve uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais (p. 499).

Ainda que pouco expressivo, percebe-se que diversos artigos científicos devidamente publicados têm tido como tema central as Práticas Integrativas e Complementares. Isso demonstra que ao mesmo tempo em que há uma demanda gerada pela população por essas práticas, igualmente há um interesse e uma necessidade da comunidade científica em pesquisar e atender a esta demanda apoiando-se num modelo alternativo, que tem como base a Promoção da Saúde.

Tal interesse pode ser observado pelo crescente número de pesquisas científicas sobre as Práticas Integrativas e Complementares realizadas em vários Estados brasileiros nos últimos anos. Uma busca nas bases de dados Scielo, Lilacs, Bireme indica que a maior parte desses estudos no Brasil, tem sido realizados em Universidades públicas e concentram-se nas áreas da enfermagem, da medicina e de saúde pública, sendo que, as principais práticas de interesse dos pesquisadores não têm se limitam às PIC contempladas pela Política (PNPIC) conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro1: Pesquisas Científicas em Universidades Brasileiras

Práticas Integrativas e Complementares	Universidades Brasileiras
Acupuntura; Antroposofia; Fitoterapia; Homeopatia; Iridologia; Musicoterapia; Relaxamento; Reflexologia; Terapia Floral Toque Terapêutico e Yoga.	EERP, EEUSP, FMUSP, FSP/USP, UFBA, UFPA, UFPB, UFRJ, UFSC, UNICAMP, UNIFESP, UNISINOS, UNG.

Fonte: Scielo, Lilacs, Bireme

Por outro lado, no banco de dados DATASUS¹⁴, na página referente ao Sistema de Informação de Atenção Básica - Situação de Saúde - São Paulo, na lista de Conteúdo a ser selecionado para pesquisa, não existe seleção para as Práticas Integrativas e Complementares mesmo porque a ênfase tem sido para dados epidemiológicos. Observa-se uma preocupação preventiva com foco na doença, ao contrário do que enfatiza a Promoção da Saúde. Até o momento, não será possível utilizar dados estatísticos fornecidos pelo DATASUS no que diz respeito à aplicação das PIC no SUS. Porém, pode-se recorrer a publicações em revistas científicas nacionais e internacionais, revistas informais sobre saúde, portais na internet, e/ou programas de televisão.

Já o *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* desde 1980, tem dedicado suas publicações a artigos científicos específicos da área de medicina alternativa e complementar. A biblioteca de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, uma das melhores e maiores do Brasil e da América do Sul na área, assina o periódico internacional desde o primeiro volume da edição 13 no ano de 2001 que traz artigos exclusivos sobre Terapias Alternativas e Complementares. Tal incorporação demonstra uma abertura para as PIC como mais um campo de ação da Saúde Pública.

¹⁴ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSSP.def> Acesso: 28.10.2009

Governments and organizations around the world are working to formulate strategies and ideas for policy and research. (...) Similarly, public health education should become a priority to ensure that patients use CAM (LOVELL, 2009, p.67).

Governos e organizações em todo o mundo estão trabalhando para formular estratégias e idéias para a política e pesquisa (...) de forma similar, educação em saúde pública deve ser uma prioridade para garantir que os pacientes usem Medicina Alternativa Complementar (LOVELL, 2009, p. 67).

No Brasil, a Revista Brasileira de Saúde da Família publicada pelo Ministério da Saúde em edição especial (mês de maio de 2008) destacou as experiências acerca das Práticas integrativas e Complementares no SUS em cinco regiões brasileiras.

Mesmo levando-se em conta essas atuações, outras Práticas Integrativas e Complementares (PIC) não contempladas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) merecem atenção e estudo. Atualmente, o naturólogo tem sido o profissional de saúde graduado e qualificado para utilizá-las. Entretanto, algumas requerem formação específica ou especialização, entre as quais, cita-se a Aromaterapia, Cromoterapia, Cromopuntura, Fitoterapia, Geoterapia, Hidroterapia, Massoterapia e as Práticas Corporais como Tai Chi Chuan/Lian Gong, Qi Gong, Yoga, entre outras, além da Radiestesia, Reflexologia Técnicas de Meditação e Contemplativas, Terapia Floral, Técnicas de Musicoterapia, Técnicas do Xamanismo, Trofoterapia.

Para Capra (2006) a divisão cartesiana influenciou a prática médica ao dividir a profissão em campos distintos com comunicação reduzida entre si: de um lado, os médicos se ocupam do tratamento do corpo, de outro, os psiquiatras e psicólogos, se ocupam da cura da mente.

A Naturologia poderia preencher o hiato presente nos dois grupos por compreender aspectos emocionais e energéticos como estados relacionados no curso das doenças, além de contribuir para a divulgação e o

conhecimento das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para profissionais de saúde e principalmente gestores que atuam no SUS.

Por tudo o que foi por hora apresentado considerou-se importante pesquisar o estado da arte das práticas integrativas e complementares – PIC como estratégia de Promoção da Saúde e as opiniões de gestores e profissionais de saúde em dois serviços da Prefeitura Municipal de São Paulo, sobre essas práticas, conforme os objetivos a seguir:

2. OBJETIVOS

- a. Investigar os conhecimentos, opiniões e representações sociais dos gestores e profissionais de saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares como estratégia da Promoção da Saúde.
- b. Identificar as dificuldades e desafios que se apresentaram no processo de implementação, utilização e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares em Serviços de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo.
- c. Contribuir para reflexões sobre o tema, aprimoramento das Práticas Integrativas e Complementares, enfrentamento dos desafios e dificuldades e estimular novos estudos.

2.1 Questões de Fundo desse estudo:

1. Estarão as Práticas Integrativas e Complementares contribuindo para a Promoção da Saúde nos locais onde já estão sendo utilizadas?;
2. As dificuldades e desafios que se apresentaram no processo de implantação e utilização das Práticas Integrativas tem influenciado a promoção da saúde da população nos Serviços de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo?
3. Como será possível colocar em prática as diretrizes propostas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS?
4. Estarão gestores e profissionais de saúde dos Serviços de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo preparados para implementar e divulgar as diretrizes propostas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?
5. O que pensam e conhecem os gestores e profissionais de saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares? Quais suas representações sociais sobre elas?
6. O que os gestores e profissionais da saúde sabem sobre a Naturologia?

3. MÉTODO

3.1 Cenário e população de estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Ambulatório de Especialidade (AE), ambos localizados na região norte do Município de São Paulo, Estado de São Paulo, destinados ao atendimento da população usuária do SUS.

As Unidades Básicas de Saúde fornecem atendimentos básicos à população como o serviço de consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico e são responsáveis pelo encaminhamento para especialidades e fornecimento de medicação básica. Os Ambulatórios de Especialidades oferecem tratamento especializado nas áreas de cardiologia, neurologia, dermatologia, ortopedia em geral, ginecologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, pneumologia, fonoaudiologia e psiquiatria. Alguns Ambulatórios contam ainda com atendimento para vítimas de queimaduras, em urologia, em infectologia (incluindo DST/AIDS) e especialidades infantis.

A Unidade Básica onde as entrevistas foram realizadas não oferece atendimento por meio das práticas integrativas e complementares. Por outro lado, o Ambulatório de Especialidades oferece algumas práticas previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tais como, homeopatia e acupuntura. E, também, é executora da Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade com fluxo de usuários decorrentes da demanda espontânea e referenciada.

A população de estudo foi constituída pelos gestores das Unidades citadas e seus profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentistas, técnicos

dos dois serviços de saúde. A escolha dessa população atendeu aos seguintes critérios:

1. Serviço de Saúde que oferecia atendimento por meio de Práticas Integrativas e Complementares;
2. Serviço de Saúde que não oferecia atendimento por meio de Práticas Integrativas e Complementares.

O gestor e os profissionais de saúde deveriam:

- ser efetivos ou contratados pela Prefeitura Municipal de São Paulo e
- confirmarem, a partir do Termo de Consentimento, seu aceite em participar da pesquisa.

3.2 Tipo de Estudo

Para responder às questões de fundo presentes nesta pesquisa, o levantamento bibliográfico teve como base as ciências sociais da saúde, e optou-se pela abordagem qualitativa, sob a perspectiva de um paradigma crítico, à luz da visão dialética capaz de aceitar todas as contradições e complexidades. Para Gil (2005, p. 582) “de acordo com a dialética, as mudanças quantitativas graduais geram mudanças qualitativas (...) quando se adota o enfoque dialético, tende-se a enfatizar a mudança, a identificar as contradições e a utilizar procedimentos de natureza qualitativa”.

Marconi e Lakato (2007) consideram a abordagem qualitativa como a metodologia mais adequada quando se deseja obter respostas às questões de fundo subjetivas, que não podem ser quantificadas, como no caso do presente estudo.

Em adição, Minayo (2004) ressalta que a pesquisa qualitativa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (p.21). Lembra ainda autora que, na abordagem qualitativa é possível um maior aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma política ou de uma representação. Sendo assim, o seu critério não é numérico e a amostra ideal é aquela que representa o grupo social mais relevante.

Analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando a penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade (Minayo, 2008, p. 299).

Para Bardin (2009) é mais adequado utilizar-se da análise qualitativa para validar, sobretudo, a elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, ao invés de inferências gerais. Uma análise qualitativa apresenta certas características particulares, as hipóteses formuladas no início da investigação podem ser influenciadas no decorrer do procedimento considerando a compreensão do pesquisador sobre a significação da mensagem.

Nunes (2005) compreende a abordagem qualitativa como um campo do conhecimento que se desenvolve por meio de práticas interpretativas por excelência, para o qual o qualitativo é eminentemente holístico e indutivo, toma como referenciais o entendimento, a compreensão, a construção de sentido e a intencionalidade.

A pesquisa qualitativa também se configura no campo transdisciplinar, assumindo tradições e multiparadigmas de análise, derivadas do positivismo, da fenomenologia, da hermenêutica, do marxismo, da teoria crítica e do construtivismo. Adota multimétodos de investigação das ciências humanas e

sociais para o estudo de um fenômeno situado no local em que ocorre, visando tanto encontrar o sentido deste fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a ele (CHIZZOTTI, 2003).

Esse comportamento sugere uma pesquisa de caráter exploratório porque permite uma aproximação de tendências que estão ocorrendo na realidade, para as quais não temos ainda conhecimento sistematizado nem bibliografia consolidada. Sendo necessário, nestas condições, consultar àqueles que tenham alguma experiência prática em relação ao tema ou que elaboraram alguma observação, ainda que inicial, sobre os fenômenos que estão ocorrendo (MARSIGLIA, 2006).

Considerando uma tendência contra-hegemônica implícita nesta pesquisa há que basear, todavia, em uma metodologia coerente com alternativas inovadoras e socialmente inclusivas que permite a construção do saber a partir das experiências, idéias e opiniões das pessoas.

Os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos (IERVOLINO e PELICIONI, 2001, p.116).

Barros (2008), ao investigar os modelos de medicina, elaborou o quadro a seguir apresentando as perspectivas *quali e quantitativas* e de sintomas e causas associadas a cada modelo:

Quadro2: Modelos de Medicina e abordagens metodológicas

Modelo Biomédico	detém-se mais nos sintomas que nas causas	usa mais a dimensão quantitativa	age sobre o sintoma mais urgente, quantitativamente, e, com isso, considera a causa menos importante
Modelo Alternativo ¹⁵ (ex.: Xamânico)	detém-se mais nas causas que nos sintomas	usa mais a dimensão qualitativa	age sobre a causa mais importante, qualitativamente, e, com isso, considera o sintoma menos urgente
Modelo Complementar (ex.: Homeopatia)	detém-se primeiro nos sintomas mas busca as causas	usa igualmente as duas, mas primeiro a dimensão quantitativa	age sobre o sintoma mais urgente, quantitativamente, para identificá-lo na biografia do indivíduo e buscar a causa mais importante, qualitativamente

Fonte: (Barros, 2008, p.273)

Vale destacar ainda que a abordagem qualitativa se mostra também mais adequada para a identificação de representações sociais, conforme propõe esta pesquisa.

Por representações entende-se todo e qualquer pensamento comum, opinião, crença ou modo de pensar expressos dentro de uma coletividade podendo, todavia, influenciar as tomadas de decisões individuais. Estas características foram compreendidas por Durkheim como representações coletivas onde o conhecimento não deveria ser regido pelo conceito científico generalista e rigoroso, mas ao contrário disso, deveria se considerar um padrão flexível de formulação do saber (REIGOTA, 1995). Todavia, o termo empregado por Durkheim não abarcou o teor histórico-social posteriormente proposto por Mannheim e aprimorado mais tarde, por Moscovici recebendo então o adjetivo “social”. Nessa lógica, Reigota (1995) conclui que “as representações sociais equivalem a um conjunto de princípios construídos interativamente e compartilhados por diferentes grupos que através delas compreendem e transformam sua realidade” (p. 70).

Moscovici apresenta a representação social como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de

¹⁵ Modelo oposto ao modelo biomédico. Práticas não inseridas no sistema sanitário.

comportamentos e a comunicação entre indivíduos e (...) que as representações sociais não devem ser vistas como ‘opiniões sobre’ ou ‘imagens de’ mas como ‘teorias’, ‘ciências coletivas’ *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real” (PELICIONI, 2002, p.17).

A mesma autora cita ainda Abric (1988) que define representação social como ‘uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências; permitindo assim ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade’ (p.18).

Como o entrevistador e a pessoa entrevistada estão presentes no momento em que as perguntas são apresentadas e respondidas, no caso de formulários semi-estruturados, há a possibilidade de maior flexibilidade na apresentação das perguntas de modo a facilitar a compreensão do entrevistado e conseqüentemente obter informações por parte do entrevistador (SELLTIZ, 1971).

3.3 Instrumentos de pesquisa e análise dos dados

Pesquisas qualitativas, além de permitirem a utilização de técnicas e recursos instrumentais adequados à compreensão dos valores culturais e das representações sociais de um determinado grupo permite saber como se dão as relações entre os atores que atuam numa temática específica (MINAYO, 2004; GIL, 2008).

Neste estudo foram utilizados para a coleta de dados:

1. pesquisa documental;
2. entrevista com roteiro pré-estabelecido (anexos 1 a 4).

3.3.1 Pesquisa documental

A análise documental constitui-se de um levantamento dos registros de atendimentos realizados por meio de Práticas Integrativas e Complementares, baseando-se identificar informações gerais disponíveis que relatassem como e quando começou o atendimento, como foram implementadas essas Práticas e suas formas de divulgação no Ambulatório de Especialidades.

De acordo com GIL (2008), a pesquisa documental fundamenta-se na exploração das fontes documentais que não receberam qualquer tratamento analítico. Incluem os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, sindicatos, partidos políticos, etc.; e os de fontes documentais que já foram analisados, como relatórios de pesquisa, tabelas estatísticas, relatórios de empresas, entre outros.

3.3.2 Entrevista

Visando atender aos objetivos da pesquisa, foram realizadas entrevistas com os (as) gestores(as) e com os profissionais de saúde das duas Unidades da zona norte do município de São Paulo pré-definidas e mencionadas anteriormente.

Para Minayo (2004), a entrevista, compreendida no sentido amplo da comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Concordando, Marsiglia (2006) afirma que nas pesquisas sociais este é, da mesma maneira, o instrumento mais utilizado, porque além de permitirem captar melhor o que os pesquisados sabem e pensam, permitem

também ao pesquisador, observar a postura corporal, a tonalidade da voz, os silêncios, etc.

Optou-se, portanto, neste estudo pelo uso deste tipo de entrevista, com formulários semi- estruturados constituídos de perguntas abertas e fechadas e informações prévias de interesse para a pesquisa (Anexos 1, 2, 3 e 4).

Lembra-se aqui da importância do pré-teste destes formulários, com o objetivo de identificar possíveis inconsistências, complexidade das questões, ambigüidades ou linguagem inacessível, existência de perguntas supérfluas ou que causassem embaraço ao entrevistado, incoerência na ordem das questões e se as questões foram muito numerosas, além de testar se o tempo previsto para a entrevista foi adequado ou não. Foram realizados 11 pré-testes dos formulários, com população semelhante, conforme recomenda Triviños (1987), Manzini (1991), Rea e Parker (2000) citados por Belei *et al.* (2008).

O período da coleta dos dados foi de março a maio de 2010.

3.3.3 Análise dos dados

Os dados obtidos foram predominantemente, analisados qualitativamente. Alguns dados foram quantificados, no sentido de chamar a atenção para um resultado específico comentado adiante.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Nos procedimentos metodológicos desta pesquisa buscou-se cumprir as exigências éticas fundamentais, da Resolução 196/96 de 10/10/1996 – do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde que dispõe das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

A pesquisa obedeceu aos quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia; a não maleficência; a beneficência e a justiça. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5) para solicitar a participação dos sujeitos envolvidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O interesse em desvendar o estado da arte das práticas integrativas e complementares – PIC como estratégia de promoção da saúde a partir das opiniões de gestores e profissionais de saúde no SUS das unidades da Prefeitura Municipal de São Paulo pesquisadas permitiu construir a análise descrita a seguir. Pretende-se com ela, responder aos objetivos desta investigação.

Análise documental

Segundo dados da Assessoria Técnica subordinada à Coordenadoria Regional Norte - CRSN, em 1994 foi implantado o atendimento com a prática da acupuntura no Ambulatório de Especialidades (AE) estudado, entretanto a oferta desta prática foi interrompida em 1995 em função da implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) que definiu as modalidades de atendimento convencional como prioritário. A prática foi novamente implantada em 2001, juntamente com a homeopatia e as práticas corporais chinesas Tai Chi Chuan e Lian Gong.

Atualmente, o Ambulatório de Especialidades tem oferecido aos usuários do SUS as práticas de yoga e de meditação, além de manter a oferta das práticas corporais chinesas supra mencionadas e os atendimentos feitos exclusivamente por médicos acupunturistas e homeopatas, os quais acontecem diariamente. Para as práticas corporais e meditação, os atendimentos são realizados em grupo, duas vezes por semana. O grupo de yoga participa três vezes por semana e não são registradas no prontuário, por razões desconhecidas desta autora. Os profissionais de saúde, basicamente com formação em Fisioterapia aplicam

as práticas corporais e foram capacitados para tal pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Um levantamento sobre os métodos de divulgação das PIC no Ambulatório de Especialidades, também aconteceu sob forma de pesquisa documental. Costuma ser feita por meio de folders (panfletos) atualizados anualmente e distribuídos pela CRSNorte ao Ambulatório. Os profissionais das equipes que atuam com as PIC tem sido os principais responsáveis por entregá-los aos usuários, estes por sua vez, também participam da divulgação encaminhando a comunicação para a sua comunidade.

Em relação ao agendamento das consultas de acupuntura e homeopatia, o Ambulatório segue a normativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que orienta a utilização da Agenda Regulada disponível pelo sistema Siga Saúde.

Os resultados obtidos nos dois cenários de estudo serão apresentados separadamente: 4.1 refere-se à Unidade Básica de Saúde (UBS) e 4.2 ao Ambulatório de Especialidades (AE).

4.1 Sobre o conhecimento, opiniões e representações sociais dos gestores e dos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde que não têm oferecido as Práticas Integrativas e Complementares aos usuários dos seus Serviços de Saúde.

Foram efetuadas 11 entrevistas na UBS, primeiramente com a gestora da Unidade e em seguida com 9 profissionais de saúde. Esclareceu-se que logo após a realização da entrevista com a gestora, ela entrou em período de férias, optou-se portanto, por entrevistar também a pessoa que a substituiu. O roteiro de perguntas a elas direcionado encontra-se no Anexo 2.

Os profissionais de saúde entrevistados eram assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, auxiliares técnicos administrativos, educadores em Saúde Pública, enfermeiro (a)s e médicos. O roteiro de perguntas a eles direcionado encontra-se no Anexo 3.

4.1.1 dos Gestores da Unidade Básica de Saúde (UBS)

Segundo depoimentos levantados, elas conheciam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares embora administrassem uma Unidade que ainda não a implantou, isto é, não ofereceu até o momento qualquer modalidade de atendimento que não seja alopático.

O atendimento baseado nas Racionalidades Médicas, se ofertadas, poderiam permitir ao usuário não apenas optar autonomamente pela forma de atenção que julgasse mais adequada, mas também cuidar de sua saúde sobre uma perspectiva de promoção da saúde.

Embora as gestoras tenham relatado considerar a PNPIC de extrema importância por acreditarem na possibilidade de agregar as práticas ao tratamento convencional, além de promover a formalização de terapias não convencionais na rede pública, conforme depoimento a seguir, até o momento nada fizeram para mudar esta situação.

Gestora 2: “A Política (PNPIC) permite (realizar) discussões e o fortalecimento de outras Práticas, e também dá suporte (para os gestores) para introduzir o tema em reuniões (institucionais)”.

Em 2008, segundo dados do Ministério da Saúde brasileiro pelo menos 1.340 cidades ofereceram alguma prática integrativa e complementar que já faz parte da Política Nacional (PNPIC) nas áreas de Medicina

Tradicional Chinesa (MTC)/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia no SUS, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Núcleos de Apoio à Família - NASF, além de hospitais, como é o caso do Hospital Municipal do Servidor Público - HMSP (BRASIL, 2010a).

Para a *Gestora 1*, não oferecer as PIC na Unidade, talvez (*mostrou incerteza*) tenha decorrido do fato de que a mesma (sua UBS) não foi contemplada com o 'programa' pela Supervisão (Técnica) de Saúde que "*distribui da melhor forma considerando a estrutura da Unidade e os profissionais adequados, que hoje se encontram em número reduzido*", mesmo para o atendimento convencional.

Neste caso, ao relacionar a ausência das PIC na UBS que gerencia à uma decisão da Supervisão Técnica de Saúde (que na sua opinião é quem deve implantar as PIC, chamada por ela de 'programa'), acaba por se isentar de qualquer responsabilidade pela falta de oferecimento de outros recursos terapêuticos na rede pública.

Isso mostra também que ainda prevalece a postura de uma gestão passiva, à espera de que suas unidades sejam contempladas com algum programa, como uma espécie de dádiva ou presente, além de evidenciar um certo despreparo para a implementação dos novos modelos assistenciais e gerenciais.

Embora exista realmente um planejamento geral de ações que provém do nível central, a implantação das PIC em qualquer UBS depende da vontade e visão transdisciplinar do próprio administrador (gestor) da unidade articuladas ao gestor municipal através da Coordenação Regional das Práticas Integrativas e Complementares. Existem normas definidas pela Coordenação Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, no Ministério da Saúde, que mostram como proceder para implantar as PIC, conforme apresentada no quadro 3.

Quadro 3 - Do processo de implantação de ações e serviços das PIC no SUS

O gestor municipal/estadual interessado em implantar o serviço de Práticas Integrativas e Complementares ou alguma das práticas deverá, observadas as premissas (requisitos básicos para prática), identificar na rede, profissionais especializados nas áreas e os serviços onde estão inseridos, além de elaborar plano de implantação. Posteriormente, ajustar as informações no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, para que o financiamento das ações seja autorizado/liberado pela esfera federal.

Fonte: Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares/DAB/SAS/MS¹⁶, 2006

Outros procedimentos sobre como cadastrar os serviços e os profissionais de Práticas Integrativas e Complementares em estabelecimento de saúde não cadastrado no SCNES e em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES encontram-se no Anexo 5.

Entre os resultados de uma dissertação de mestrado que investigou, em 2006 as competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde a partir da percepção do gestor, mostrou-se evidente que os atuais gestores apresentavam uma visão simplista e um grande despreparo, o que acabava por influenciar diretamente o modo de operacionalização das estratégias e a dinâmica das equipes, contribuindo para a ineficácia e ineficiência dos processos (ANDRÉ, 2006).

Este estudo revelou ainda que, em relação ao preparo para exercer a gerência, 50% dos gestores entrevistados fizeram um curso de Gerenciamento de Unidades de Saúde (GE-RUS) em parceria com a FSP/USP, 10% realizaram curso de gestão em outra Instituição, no entanto 40% não possuíam qualquer formação na área de gestão, o que considerase uma porcentagem bastante alta. Quanto ao tempo de exercício na função, 90% ocupavam essa posição entre 3 e 5 anos, 10% assumiram há menos de 1 ano e somente 20% possuíam experiência em gestão em outro serviço, que não na Secretaria Municipal de Saúde. Quanto aos cursos de pós-graduação, 90% informaram ter realizado cursos nas suas áreas técnicas específicas e 10% nunca realizaram qualquer curso de pós-

¹⁶ www.saude.gov.br/dab práticas integrativas e complementares. E-mail: pics@saude.gov.br

graduação. Não foi informado se esses cursos contemplavam habilidades para administração de serviços (ANDRÉ, 2006).

Pelo texto, percebe-se que mesmo havendo uma preocupação com a formação do gestor para o exercício da gestão pública em saúde, na prática não houve a preocupação de investigar o grau de conhecimento destes gestores sobre as políticas públicas de saúde, entre as quais se destacam: a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, a PNPS, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, entre outras.

Para a Gestora 2, há necessidade de mudança cultural tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do Serviço e de se aplicar o modelo do Programa Saúde da Família (PSF) em todas as dimensões da Atenção à Saúde, de modo que haja um modelo diferente do biomédico, conforme pode-se perceber pela fala a seguir:

Gestora 2: “percebe-se uma rejeição dos médicos às PIC, ao que é científico e ao que não é, muitos deles julgam a Meditação, por exemplo, como uma prática mística, o que para mim, não é (...) esse tipo de atendimento requer uma mudança cultural que é lenta mas está tendo mais abertura, e entender que o espaço/tempo para esses atendimentos também deve ser diferente”.

Ela atribui a ausência das PIC na Unidade a uma cultura estagnada, por vezes decorrente de um modelo de atenção engessado, frente a isso ela reforça a necessidade de uma mudança de paradigma que valorize a atenção à saúde mais pelo cuidado do que pela simples assistência, conforme percebe-se pela sua resposta. Também, aqui, é importante destacar a referência feita por ela a essa cultura estagnada e compreender a cultura como um processo dinâmico, que se transforma à medida que as mudanças na história acontecem.

“A cultura é um processo dinâmico de construção da realidade de acordo com as necessidades adaptativas de cada ser humano e de cada momento histórico, onde se acumulam conhecimentos obtidos anteriormente e as novas descobertas do cotidiano” (TOLEDO, 2006, p.24).

Os valores são construídos na família, mas existe um peso muito grande (para seu reforço ou mudança) na Instituição formadora, isto significa que se esses profissionais de saúde tivessem durante sua graduação a oportunidade de conhecer e experienciar práticas diferenciadas do modelo biologicista prevalente, provavelmente teriam uma postura diferente no seu exercício profissional.

Com relação ao uso de tratamentos alternativos no cuidado de sua própria saúde ou de seus familiares, ambas as gestoras confirmaram utilizar a homeopatia. Enquanto uma delas mencionou também ter usado a acupuntura e uma alimentação mais natural, a outra relatou ser adepta à prática da dança circular e da meditação no dia a dia, não só por acreditar nos seus benefícios, mas por achar que “*faz parte*” de uma vida mais saudável.

Apesar de conhecerem e usarem algumas das práticas citadas, elas não têm considerado fácil a aplicação da Política (PNPIC). Atualmente, preparar os profissionais de saúde e modificar o padrão de atuação destes, frente à possibilidade de desenvolver outras políticas, se mostram como grandes dificuldades, pois conforme considerou uma das entrevistadas, a tendência é desses profissionais se manterem numa “zona de conforto” e implementar as Práticas exigiria uma “mudança interna”, um “movimento” que nem todos estão preparados para ter. Além disso, a atual infraestrutura da Unidade muitas vezes não tem sido adequada para oferecer algumas dessas Práticas, por exemplo, a Fitoterapia.

É importante observar que o espaço físico não deve ser fator de impedimento para a viabilização dessa proposta, pois sempre há a

possibilidade de se estabelecer parcerias. No caso da Fitoterapia, a UBS poderia ampliar seus serviços e fornecer fitoterápicos manipulados ou industrializados por intermédio de farmácias públicas ou laboratórios oficiais, que atendessem a demanda e as necessidades locais, respeitando a legislação pertinente à sua implantação no SUS. Poderia ainda implantar o Projeto Farmácia Viva, conforme Portaria nº886 de 20 de abril de 2010, que a instituiu no âmbito do SUS e visa realizar o atendimento integrado da população em Fitoterapia, implementar uma horta de plantas medicinais, produzir medicamentos fitoterápicos e promover o resgate e a valorização da cultura popular no que se refere à utilização de plantas medicinais, bem como a introdução de conhecimentos científicos, através de palestras educativas, informativos, cartilhas e visitas domiciliares à comunidade local.

Importantes deliberações contidas desde a década de 1990 nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, não têm sido atendidas. Entre elas podemos citar o Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) que propõe:

Item 286.12: “incorporar ao SUS, em todo o país, práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (CNS, 1996, p. 64).

O envolvimento da comunidade na implantação deste tipo de projeto é primordial, sendo assim, outros espaços que não o da UBS que muitas vezes é limitado, acabam sendo indicados pelos próprios usuários. Identificar parceiros potenciais na própria comunidade para a criação e a manutenção de um horto medicinal, permitiria a promoção da saúde local, conforme pode-se verificar com a experiência de Betim/MG:

O “Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS Betim” foi incorporado ao Sistema de Saúde Pública, visando a promoção do uso racional das plantas medicinais na atenção primária à saúde, resgatando o conhecimento popular, embasado nos conhecimentos científicos. Teve como objetivo implantar, em 2004, a Fitoterapia como uma nova opção terapêutica no SUS-Betim para:

resgatar e valorizar a cultura popular no que se refere à utilização de plantas medicinais; orientar a comunidade em relação ao uso correto das plantas medicinais, através de palestras educativas, informativos, cartilhas, visitas domiciliares dos ACS e ação da equipe multidisciplinar das Unidades Básicas de Saúde e fornecer os medicamentos fitoterápicos para as Unidades Básicas de Saúde dos SUS-Betim.

A primeira etapa do programa foi a realização de uma abordagem fitoterápica com aplicação de questionários etnobotânicos, em 3800 usuários do SUS-Betim. A segunda etapa constituiu-se no estudo e seleção das espécies medicinais, considerando a cultura popular, a validação científica e adaptação do cultivo à região. Na terceira etapa, ocorreu a orientação da comunidade quanto ao uso racional das plantas medicinais a partir dos resultados obtidos na pesquisa de abordagem fitoterápica. A quarta etapa da efetivação do programa foi a manipulação dos medicamentos fitoterápicos prescritos por profissionais inseridos no Programa Farmácia Viva, capacitados mensalmente nos encontros de Educação Continuada em Fitoterapia, e a dispensação desses medicamentos nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

A fitoterapia se mostra uma alternativa terapêutica eficiente e viável, pois ao mesmo tempo reduz os custos dos medicamentos em cerca de três vezes e restabelece de forma mais suave e duradoura a saúde do paciente (GUIMARÃES, MEDEIROS E VIEIRA, [s/d]).

A supra citação indica que os gestores, denominados gerentes das Unidades podem ser tão responsáveis pela implantação e implementação das PIC quanto os seus coordenadores regionais.

A PNPIC por meio da sua segunda diretriz para as Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PMF2 – dá provimento e garantia de acesso às plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS, que deverá fornecer de forma complementar, um ou mais produtos advindos da planta medicinal, em seu estado 'in natura', de planta seca (droga vegetal), de fitoterápico manipulado e/ou industrializado nas Unidades de Saúde, seja na Estratégia Saúde da Família ou no modelo de atenção convencional, em unidades de média e alta complexidade.

4.1.2. dos Profissionais de Saúde da UBS

Dos 9 profissionais de saúde que foram entrevistados, 8 disseram nunca ter ouvido falar sobre as Práticas Integrativas e Complementares. O único que afirmou já ter ouvido falar mencionou a Medicina Tradicional Chinesa, as Danças Circulares, a Dança Sênior e trabalhos manuais com fins terapêuticos, reconhecendo tais práticas com esta terminologia. Entretanto, ao substituir a nomenclatura das PIC para terapias alternativas durante a entrevista, 60% relataram usar ou já ter usado Homeopatia, Acupuntura, Dança Circular ou Sênior, Argila, Plantas Medicinais ou Práticas Corporais Chinesas: Lian Gong e Tui Ná. Esse dado porém mudou quando o uso das PIC referiu-se à seus familiares.

Alguns depoimentos a seguir mostram a opinião desses entrevistados sobre as PIC:

Técnico: “Cada serviço no nível da Atenção pode contribuir (na melhora da saúde do usuário). Como um todo é muito positivo (para a saúde integral o bem estar emocional e espiritual (além do físico))”.

Enfermeiro(a): “Uso a Homeopatia e a Acupuntura ao longo da vida, já tratei problemas ginecológicos e do nervo ciático. Não gosto de Alopatria, sei que sempre tem algum efeito colateral”.

Administrativo: “Nunca usei porque não concordo com os métodos da Homeopatia e da Acupuntura”.

Dentre os entrevistados que já ouviram falar das PIC, a opinião de que a oferta desse tipo de tratamento deve ser feita no nível da Atenção Básica, permite fazer uma avaliação positiva sobre a elaboração da Política

(PNPIC) que orienta para uma articulação com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) *“que deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde”* segundo apresentação do então Secretário da Atenção Básica em 2006, José Gomes Temporão.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c, p.10).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) enquanto política transversal, integrada e intersetorial, torna-se capaz de dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, com os outros setores do Governo, com o setor privado e não-governamental e com a sociedade e de tecer redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população levando em conta o cuidado com a própria saúde, de acordo com apresentação realizada pelo Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva, em 2006.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006b, p.14).

No decorrer das entrevistas, grande parte dos profissionais afirmou que indicariam as PIC a algum paciente, cliente, familiar ou amigo. Destaca-se a seguir uma das respostas:

Médico(a): “(sendo médico) indicaria a Homeopatia, tem gente que fala sobre os Florais, mas não tem estudo científico e comprovação científica com especialista”.

Atualmente, é possível contestar esse tipo de justificativa mesmo que a prática dos Florais ainda não esteja contemplada pela Política (PNPIC), pois tem seu uso reconhecido em mais de 50 países e a aprovação da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1956, segundo Mantle (1997) citada por Souza *et al* (2006).

Os Florais de Bach têm sido pesquisados por Universidades internacionais e brasileiras, públicas e privadas, entre as quais pode-se citar a Universidade de Oxford, no Reino Unido e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Esta última, desde 2006, vem desenvolvendo e publicando os resultados de inúmeras pesquisas acerca das Terapias Complementares realizadas pelo Grupo de Práticas Complementares e Alternativas em Saúde - GPCAS. Destacam-se algumas delas:

O estudo de Salles e Silva (2011) que apresenta um estudo sobre a Iridologia;

Ao comprovarmos que os sinais da íris (dos olhos) se comportam como “marcadores biológicos”, temos mais facilidade em encontrar grupos de riscos para vários agravos à saúde. Neste caso, especificamente, quando detectamos anéis de tensão precocemente e ensinamos aos seus portadores comportamentos que minimizem o efeito da ansiedade e do estresse, tais como meditação, resiliência, respiração profunda, alongamento e atividades físicas sistemáticas, menor risco eles terão de desenvolver uma doença psicossomática. A aplicação da Iridologia é fácil, barata (visto que direciona os pedidos de exames laboratoriais) e rápida (visto que é feita por meio de fotografias). Pensando em termos de Saúde Pública, percebe-se a importância de investimentos em pesquisas nessa área (p.12).

O uso da Musicoterapia como terapia complementar no combate a dor;

A dor foi reduzida significativamente para a maioria das pacientes após as sessões musicais conforme observamos pelos resultados obtidos segundo avaliação da dor pela Escala Analógica Visual e pelo Questionário McGill, denotando que a música pode constituir terapia complementar no tratamento antiálgico na fibromialgia.

(DOBBRO, 1998, p.155).

Um ensaio clínico sobre a efetividade do Toque Terapêutico indica o seu uso para a redução da dor, depressão e qualidade do sono;

“O Toque Terapêutico foi efetivo na diminuição da intensidade da dor e das atitudes e sintomas depressivos, assim como na melhora da qualidade do sono na amostra estudada” (MARTA *et al*, 2010, p.1105).

Portanto, os eixos temáticos e as linhas de pesquisa do GPCAS incluem estudos sobre acupuntura, auriculoterapia, antroposofia, aromaterapia, cromoterapia, iridologia, essências florais, massagem, meditação, musicoterapia, reiki e toque terapêutico, além de oferecer curso de especialização em Terapia Floral.

Cabe ressaltar outro importante grupo de pesquisa voltado ao estudo das PIC, criado em 2008, dentro do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, incluindo artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado que têm contribuído para ampliar o referencial teórico deste tema. Destacam-se trechos de algumas publicações sobre as práticas:

Constatou-se que o modelo biomédico “esvazia” uma esfera fundamental do cuidado para os pacientes, que buscam, conforme seu arcabouço sociocultural, (...) práticas não biomédicas, (por) uma perspectiva ampliada do cuidado. A sociologia das Medicinas Alternativas Complementares (MAC) abre-se (...) sobre a necessidade da coexistência de diferentes práticas de cuidado e cura e sua importância para

os serviços públicos de saúde. Sobretudo, a partir de problemáticas que devem ser consideradas na área da saúde coletiva, como: a pluralidade terapêutica, a autonomia dos pacientes, a integralidade do cuidado e a formação de profissionais em diferentes práticas não convencionais, entre muitas outras (SPADACIO & BARROS, 2009, p.50).

Mesmo sem ofertar atendimento pelas PIC, os profissionais de saúde que tem atuado na UBS, expressaram ter alguma simpatia, ter tido alguma experiência positiva ou conhecer alguém que se beneficiou com seu uso. Com exceção de um dos entrevistados, todos declararam acreditar nos efeitos terapêuticos das PIC, na melhoria de suas condições de saúde ou nas condições de saúde das pessoas e achavam possível agregar as PIC à medicina moderna.

Técnico: “Já usei e observo a transformação nas pessoas que usam, (parece) que acionam, descortinam a visão de mundo que o modelo formal e restrito não conseguiu mexer. (Esse) modelo de intervenção limita. Quando se fecha no protocolo de atendimento (se) restringe outras possibilidades. Na Medicina Tradicional Chinesa pode-se perceber outro tipo de comportamento, outra aparência, outro semblante”.

Enfermeiro(a): “Tem casos que só funcionam com alternativa, (por exemplo) hormonal só resolve com Homeopatia, não funciona com Alopacia”.

Administrativo: “As pessoas só não participam porque não tem opção. Se aqui na UBS tivesse, as pessoas usariam. Os médicos têm restrição, e no serviço público precisa-se de encaminhamento. A gestora anterior fez curso (de Medicina Chinesa) e conseguia (mobilizar mais a equipe) mas os médicos clínicos (atualmente) não encaminham, eu acho que eles deveriam indicar mais”.

Técnico: “Acho difícil (agregar as PIC ao atendimento convencional) mas é possível romper com o modelo cristalizado, profissionais e estrutura, prazos e metas, é (um modelo) engessado. Estigma da população (que acha) difícil passar no médico sem remédio e ainda encaminhar pra ginástica”.

Técnico: “A maioria das pessoas procuram (as PIC), por força dessa procura (é possível agregá-las ao atendimento alopático).

Enfermeiro(a): “além de possível é necessário (agregar as PIC), focado na doença se esquece do ser holístico”.

Médico(a): “Seria o ideal (agregar) achar que a alopatia resolve tudo fica restrito”.

Médico(a): “Não acho possível agregar, é muito difícil. Com um curso pode ser e (teria) que separar os dias de tratamento, de acordo com o tipo (de atendimento)”.

Indagados sobre qual seria o papel das PIC para a Promoção da Saúde, a maioria dos entrevistados respondeu que as consideravam importantes para melhorar a saúde das pessoas, além de evitar o aparecimento de patologias, pois entendiam que com a promoção da saúde a energia fluía melhor e tornava-se mais difícil adoecer. Alguns dos relatos mostravam a promoção da saúde, na concepção do entrevistado, como uma ação importante para a prevenção.

Administrativo: “(o papel das PIC) para a promoção, é um papel muito importante. Não é só paliativo, é prevenção também”.

Embora grande parte dos entrevistados não relacionasse a promoção da saúde como uma forma ampliada e positiva de pensar saúde considerando as suas dimensões sociais, culturais, econômicas além das

condições físicas como determinantes do processo saúde/doença, consideraram-na com um papel complementar para o atendimento convencional, como declarou um dos entrevistados:

Técnico: “A população precisa de assistência, mas também descobrir que saúde não é só tratamento com medicação”.

Nenhum dos profissionais de saúde que participaram das entrevistas conhecia a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Não se sabe, ao certo, se a falta de conhecimento das PIC e da própria Política (PNPIC) se dá por ineficiência dos meios de divulgação na rede pública de saúde, pela descrença dos profissionais de saúde nas racionalidades médicas decorrente de sua formação ou pelo favoritismo ao modelo biomédico dos gestores e até mesmo por discriminação ou preconceito de forma geral.

A maioria dos profissionais de saúde (5) também afirmou não conhecer a Naturologia ou o naturólogo.

4.2 Sobre o conhecimento, opiniões e representações sociais dos gestores e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde que tem oferecido as Práticas Integrativas e Complementares aos usuários dos seus Serviços de Saúde.

Foram realizadas 24 entrevistas no Ambulatório de Especialidades (AE), primeiramente com a gestora da Unidade e em seguida com de 23 profissionais de saúde. O roteiro de perguntas direcionado à gestora encontra-se no Anexo 1. Os profissionais de saúde atuantes na Unidade, eram: agente de políticas públicas, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, auxiliares técnicos administrativos e de saúde, dentistas,

educadores de saúde pública, enfermeiro(a)s, fisioterapeutas, médicos, psicóloga e terapeutas ocupacionais. O roteiro de perguntas a eles direcionado encontra-se no Anexo 4.

4.2.1 da Gestão do Ambulatório de Especialidades (AE)

No que tange ao conhecimento acerca das PIC a gestora relatou conhecer pouco, tendo reconhecido entre elas, a homeopatia, a acupuntura, os florais de Bach, a terapia ortomolecular e as práticas corporais chinesas. Apesar de não ter participado da implantação das práticas neste Ambulatório de Especialidades (AE) e de não ter conhecimento da Política (PNPIC), ela mencionou que a Unidade as tem oferecido desde a gestão anterior, a partir de 2003 e que hoje existe maior abertura para inserção das terapias alternativas, até como uma exigência da Secretaria de Saúde; entretanto como, mencionado por outra gestora anteriormente, ela também considerou o espaço físico como um elemento que tem tornado difícil a implantação das mesmas. Considerar essas práticas como alternativas para o usuário que nem sempre fica satisfeito com a consulta médica e que sai em busca de “*alguma coisa*” para preencher “*aquela necessidade*”.

“nem tudo a gente consegue contemplar (...) muitas vezes não é uma coisa que você precisa internar, basta intervir, basta um exame, uma reunião, uma socialização para o paciente”.

Gestora 03:

“a gente que é médico é bastante resistente né? Por que assim...qual a necessidade? Não sei...não tive necessidade [de usar as PIC], mas com certeza quando começa uma dorzinha lá... uma dorzinha aqui é assim... alguém fala....faz isso que melhora... a gente faz...vai aprendendo também no dia a dia”.

As expressões utilizadas pela entrevistada “alguma coisa” e “aquela necessidade” talvez possam demonstrar que o modelo da medicina moderna não tem mais atendido as necessidades e aspirações dos usuários conforme Mendonça (2004) citado por Toledo (2006):

“Assim como aconteceu com outras ciências, o modelo biomédico destacou o homem de seu contexto cultural, social e psíquico. Passou a valorizar apenas o aspecto biológico das doenças e do funcionamento do corpo” (p.18).

Tais opiniões incitam aspectos importantes a serem analisados. Primeiro, a falta de conhecimento da PNPIC justamente na Unidade escolhida por oferecer as PIC pode causar um impedimento para o sucesso destas práticas onde já se atende parte da demanda. Segundo, causa estranhamento o processo de implantação das Práticas, no que diz respeito à articulação ou diálogo com as gestões municipal, estadual e federal, pois a gestora que conhece a Política dirige uma Unidade que ainda não as tem implementadas. Por outro lado a Unidade que as tem implantada não é favorecida pelo conhecimento sobre ela. Suas falas revelaram claramente uma percepção sobre a limitação do modelo biomédico e identificaram características do cuidado facilmente contempladas pelas PIC e outras Racionalidades Médicas.

Parece não haver muita disposição para o reforço, a ampliação e divulgação das PIC no Ambulatório de Especialidades, pois ao ser indagada sobre sua participação nas reuniões institucionais, periodicamente realizadas pela Coordenadoria responsável pelas Práticas no SUS, a gestora disse que não participa. Apesar de ser convidada e ter acesso prefere encaminhar outro profissional da Unidade, normalmente uma das médicas acupunturistas. Esta decisão pode estar contribuindo para a invisibilidade das PIC no SUS tornando vulnerável a implantação de novos projetos.

Durante a entrevista ficou evidente o quão importante seria uma maior aproximação dos profissionais de saúde com as PIC, acreditando-se com isso, se ter maiores contribuições à favor das mesmas. A participação nas reuniões promovidas pela Área Técnica de Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), por exemplo, permitiria incentivar a equipe de profissionais a aderirem aos cursos de formação das PIC coordenados pela SMS/SP, sendo inclusive, uma excelente oportunidade para saber mais sobre a Antroposofia, que apesar de constituído o Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS¹⁷, ainda é pouco conhecida e praticada na rede pública de saúde.

De acordo com Andrade e Costa (2010) a PNPIC evoca uma "política de inclusão terapêutica" aberta a outros saberes e racionalidades, que favorece a complementariedade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por tudo isso, é primordial que o gestor conheça a Política (PNPIC) e esteja bem preparado para desempenhar as competências preconizadas por ela.

André e Ciampone (2007) investigaram as competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde e concluíram que:

O gestor despreparado para tal é hoje um dos nós críticos do serviço público, pois propicia discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudança e executar políticas de saúde, levando à manutenção de projetos que devem ser superados (...) as competências deles não favorecem a implementação dos novos modelos assistenciais e gerenciais (p. 839).

¹⁷ Portaria nº.1600 de 17 de julho de 2006 aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS).

4.2.2 dos Profissionais de Saúde

Todos os entrevistados conheciam pelo menos duas das práticas oferecidas na Unidade. Entretanto, a prática de menor visibilidade na opinião deles foi a Homeopatia. Isso pode indicar, claramente, a falta de expressividade da Homeopatia neste Ambulatório de Especialidades. Durante a coleta dos dados, no período das entrevistas compreendido entre os meses de julho e setembro de 2010, os atendimentos de Homeopatia estiveram suspensos porque um dos dois médicos estava de férias e o outro de licença. Se apenas sete dos vinte e três profissionais entrevistados mencionaram-na ao responder quais práticas oferecidas naquela Unidade eram de seu conhecimento talvez fosse necessário um acompanhamento melhor por parte da Coordenação das PIC da zona norte de São Paulo a fim de tornar a oferta desta prática mais efetiva. O gráfico a seguir ilustra como tem se configurado a visibilidade das PIC para os profissionais de saúde do AE.

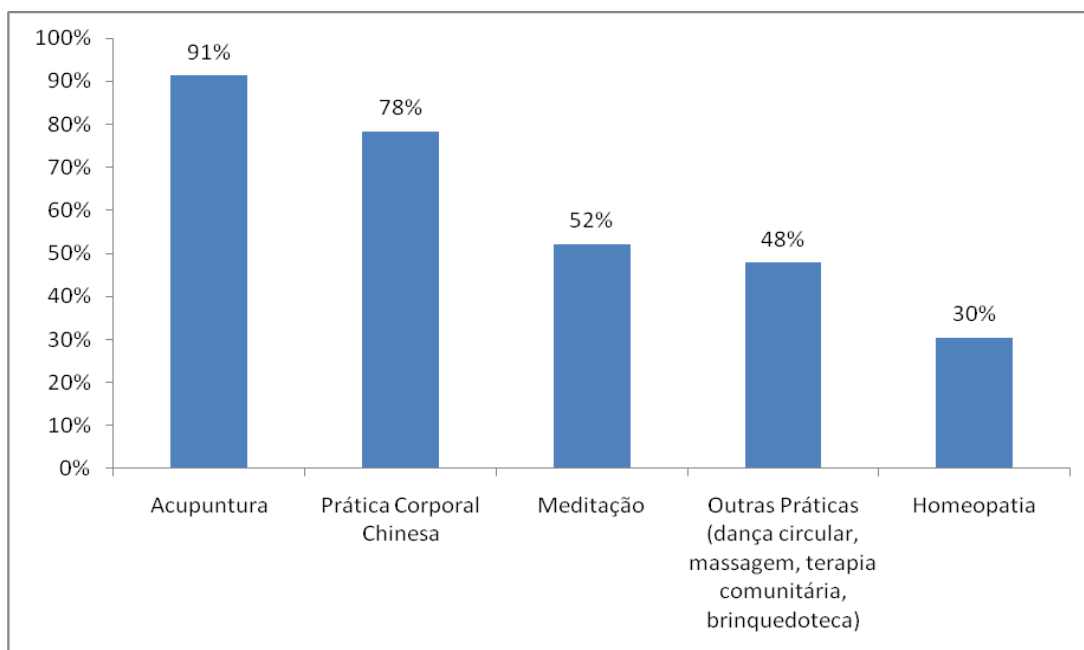


Gráfico1: Conhecimento dos Profissionais de Saúde sobre as PIC viabilizadas no AE, em 2010

O gráfico mostra claramente como foi inexpressiva a oferta da homeopatia pelo Ambulatório de Especialidades (AE) pesquisado. Todavia, a prática de maior representatividade foi a acupuntura, na qual factivelmente têm se observado maior investimento pelo SUS.

Segundo Informe da Atenção Básica nº53 do Ministério da Saúde em 2008, foram ofertadas no SUS 396.012 consultas¹⁸ em acupuntura com repasse federal de R\$3.960.120,00 e mais de 240 mil procedimentos¹⁹ em MTC/acupuntura contra 295.348 consultas de homeopatia com repasse federal de R\$42.953.480,00.

Com relação à homeopatia, o gráfico não surpreende, pois segundo Galhardi (2010) a prática que foi inserida no Brasil pelo médico francês Benoit-Jules Mure, em 1840, tem sofrido expansão e retração mesmo após a publicação da Política (PNPIC), isto é:

“houve tendência ao crescimento da atenção de 2000-2007, enquanto no período de 2006 – 2007 houve diminuição dos atendimentos, apesar da publicação da PNPIC em 2006” (GALHARDI, 2010, p.232).

- As opiniões dos Profissionais de Saúde

Grande parte dos profissionais de saúde entrevistados tinha opiniões favoráveis quanto ao uso das PIC considerando-as excelentes ou ótimas, muito importantes, procedentes e válidas, exercendo papel principal no modelo de atendimento outros ainda, consideraram-nas a medicina do futuro. Neste sentido, essas opiniões representaram as PIC como terapêuticas aplicadas de forma integrativa ao modelo convencional entretanto pode-se dizer que outra parte dos profissionais considerava as práticas como complementares ao tratamento convencional, ora auxiliando

¹⁸ Consultas médicas refere-se ao ato médico simples, por exemplo, a anamnese, exames clínicos básicos, diagnóstico.

¹⁹ Procedimento clínico refere-se ao ato médico que envolve uma ação mais específica ou especializada, por exemplo, no caso da acupuntura, considera-se uma sessão com aplicação de agulhas um tipo de procedimento.

ou ajudando principalmente nos processos de dor e regulação das funções vitais, ora colaborando ou melhorando a qualidade de vida dos usuários e dos profissionais de saúde. Em suas falas destacou-se:

Aux. Enfermagem: “(As PIC) são muito importantes. Eu não sou adepta à alopátia. Todo local de saúde deveria oferecer aos funcionários. Você já começa o seu dia bem. O acolhimento do RH deveria ser um trabalho voltado para as práticas alternativas. Você há de convir que trabalhar com público é difícil, principalmente com um público doente, que ouve muito não. Você tem que estar preparado para trabalhar, para repor sua energia. O trabalho só tende a melhorar”.

Médico(a): “São excelentes na melhora da dor, da ansiedade, mudança do estresse, melhora o humor, o astral...traz mais leveza”.

Médico(a): “Me formei em 1980 e em 1986 eu já vi que não dava pra fazer só a medicina (convencional), eu tinha que fazer alguma coisa pois só com o recurso da alopátia eu percebi que não estava resolvendo nada. Entrei na Homeopatia em 1987 e você começa a ter um pouco mais de recursos pra poder tratar e fazer alguma coisa porque dá o medicamento (alopático) e ter efeito colateral ou dá o medicamento e não ter resultado... A minha opinião (sobre as PIC) é a melhor possível...eu acho que é a medicina do futuro”.

Aux. Enfermagem: “Acho interessante mas não tem em todos os lugares...Ajuda as pessoas...a fila de espera é enorme (o usuário fica) até seis meses (esperando)”.

Assistente Social: “Colaboram no processo da dor, na autoestima, autopercepção física e emocional, no bem estar, na sociabilidade”.

T. Ocupacional: “Elas ocupam o papel principal dentro de uma Unidade de Saúde porque na verdade, vão dar para o paciente a visão de que a saúde é de propriedade dele mesmo...que ele não depende do outro ou do medicamento, mas que é um autocuidado diário e que essas práticas alternativas remetem à conscientização e oferecem uma série de ganhos não só motores, mas psíquicos, de memória, de atenção... tem uma série de benefícios..você vai estar trabalhando [sic] diretamente com a prevenção, o cuidado e a manutenção da saúde”.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) se implementadas contribuem para a autonomia e o empoderamento dos usuários, permitindo que os mesmos assumam o controle sobre sua saúde conforme preconizado pela Promoção da Saúde de “ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive do poder público, no cuidado integral à saúde” (BRASIL, 2006b, p.19).

- Uso das PIC pelos Profissionais de Saúde e por seus familiares

A maioria dos profissionais entrevistados usa ou já utilizou alguma PIC para cuidar da sua saúde, bem como alguém de sua família. As indicações que os levaram a essa utilização, frequentemente foram para analgesia, como proposta de melhoria do bem estar/qualidade de vida, de prevenção ou de manutenção da saúde. Apenas uma pequena parte dos entrevistados (3) mencionou fazer uso das PIC para promoção da saúde.

Aux. Enfermagem: “Desde que eu entrei no climatério, meu organismo passou por várias transformações e fui pra homeopatia, acupuntura e um pouco dos exercícios, isso me ajudou muito. Melhorou!”

“A pessoa quando usa a alopatria, começa com um medicamento, é um vício..vai tomando..tomando, chega um momento que você não tem mais o que tomar. Seu organismo tá viciado com aquele medicamento e as práticas corporais te dão um outro significado, além de trabalhar a auto estima, eu também vejo resultado em outras pessoas e sempre indico”.

Médico(a): “(sendo médica acupunturista) eu uso a homeopatia e a acupuntura e meus familiares também usam, (eu) aplico em todos, filha, esposo, mãe, irmã”.

Aux. Enfermagem: “Já fiz 20 sessões de acupuntura para artrite (pelo convênio) porque aqui a fila é enorme, parece que chega a 6 meses de espera. Eu acho legal mas o meu organismo não respondeu muito bem, não por isso, nem entrei nessa fila de espera. Ninguém da minha família usa ou já usou alguma prática alternativa, mas eu indicaria porque é sempre bom uma inovação e proporcionar bem estar a uma pessoa”.

T. Ocupacional: “Sou testemunha viva dos benefícios da Acupuntura porque já eliminei cinco cálculos renais com ela e já fiz meditação, reiki e euritímia”.

Estudos científicos sobre a acupuntura vêm sendo realizados com propósito de evidenciar a importância do uso desta prática, principalmente como recurso de combate à dor, à ansiedade, ao tabagismo e redução de fármacos, favorecendo o enfoque da promoção da saúde conforme publicações:

Considerada atualmente como uma importante tecnologia de saúde especialmente nos casos em que a terapêutica convencional não proporciona resultados satisfatórios, a acupuntura tem demonstrado efetiva redução da dor no tratamento das desordens oromiofaciais, cefaléias e cervicalgias (GONÇALO, 2010, p.13).

Foi relatada, por todos os usuários, a melhora ou extinção das enfermidades ou quadro clínicos, após o tratamento com Acupuntura, como: perda de peso, ausência de dor (muscular, de cabeça, tendinite, dor nas costas, dor nos ombros, hérnia de disco, bico de papagaio, reumatismo), melhora na deficiência óssea (incluindo osteoporose, artrose), controle da pressão alta,

controle da diabetes e melhora no sistema circulatório, entre outras (...) a Acupuntura praticada nos serviços de saúde da rede municipal de São Paulo mostra-se passível de contribuir para a construção de ações de promoção de saúde, por isso deve ser ampliada para outros serviços e utilizada como exemplo para a incorporação de outras terapias alternativas à prática da biomedicina (CINTRA e FIGUEIREDO, 2010, p.148,152).

Além da acupuntura, a homeopatia e as práticas corporais também têm sido foco de inúmeras pesquisas científicas. Alguns entrevistados relataram praticar assiduamente a Yoga, o Tai Chi Chuan e Pai Lin, o Ling Gong e o Chi Gong de acordo com as seguintes falas:

Dentista: *“Pratiquei Yoga por quatro anos e fiz para melhorar a postura e como atividade física. Me ajudou muito mentalmente e até fisicamente”*

T. Ocupacional: *“Sou praticante de Yoga há sete anos, pratico a meditação diariamente e a dança de salão como forma de expressão humana”.*

Fisioterapeuta: *“Eu tenho um médico homeopata e nutrólogo. Uso a acupuntura e a fitoterapia quando a gente conversa com algumas médicas daqui, elas dão umas dicas, a gente acaba aderindo”.*

Fisioterapeuta: *“Pratico Tai Chi duas vezes por semana, caminhada, automassagem pra me sentir melhor, como eu sou hipertensa, eu uso essas práticas”.*

Segundo Siegel (2010) a prática do yoga poderia fazer importantes contribuições para o vegetarianismo, para a correção postural, para a cultura de paz, o cultivo de valores, na abstenção de vícios, para consciência espiritual, integração de si, cultivo da atenção e oxigenação cerebral, no cultivo de uma disciplina e melhoria na qualidade de vida. Para a autora:

“o yoga é visto como um conjunto de práticas físicas, sociais e filosóficas úteis para o campo da saúde, todavia com muitos desafios para a sua integração no SUS, devido à sua identificação com a cultura alternativa e distanciamento das bases epistemológicas da medicina complementar e integrativa” (SIEGEL, 2010, p.ix)

Todos os profissionais de saúde entrevistados relataram que indicariam as Práticas Integrativas e Complementares para algum paciente, cliente, familiar ou amigo.

Isso significa que mesmo aqueles que não fazem uso das PIC reconhecem de alguma forma os benefícios gerados por elas.

- Possibilidade de agregar as PIC à Medicina Convencional

Todos os entrevistados acreditaram ser possível agregar as Práticas Integrativas e Complementares ao modelo de atendimento convencional no SUS. Grande parte as considerou complementares ao tratamento alopático em diversos quadros clínicos, por exemplo, das doenças crônicas ou em casos de dor e ansiedade. Todavia, algumas opiniões foram um pouco além do atendimento ao usuário sendo mencionado a importância sob o custo x efetividade na gestão de saúde; a possibilidade de diminuição da terapia medicamentosa; o cuidado integral, não apenas do “corpo”, como é comum no uso da alopatia; entre outros aspectos:

As falas a seguir expressaram claramente essas questões:

Médico(a): “Sim (é possível) é do futuro. Alimentação (mais saudável), (prática regular de) exercício, medicamentos (naturais) que não são agressivos ao organismo”.

Aux. Enfermagem: “Sim (é possível). A busca de conhecimento de terapias que já são usadas e conhecidas (em outras racionalidades) sempre fará bem ao paciente”.

AGPP²⁰: “Sim (é possível complementar) num caso de ortopedia, o médico encaminha para acupuntura. Não somos só feito de carne, outras coisas (partes) precisam ser cuidadas”.

Assistente Social: “Sim (é possível) porque são complementares e às vezes, o resultado acontece mais rápido quando as práticas são associadas (ao tratamento alopático), num diagnóstico crônico ou de dor, os exercícios de alongamento com moxabustão e acupuntura como auxiliares, ajudam muito”.

Dentista: “Acho que até deveria. Primeiro pelo custo x benefício, é bem mais barato, eu acredito, acho que é (se) usar mais tudo o que é natural”.

Destacam-se ainda as que indicaram a importância das políticas públicas pautadas na visão ampliada de saúde e do ser humano. Entretanto, um dos entrevistados (*T. Ocupacional*) aprofundou em seu discurso, pontos

²⁰ Agente de Política Pública

muito importantes para essa discussão sobre o interesse e poder que a indústria farmacêutica ainda exerce no país através de seus laboratórios multinacionais que acabam por provocar e fortalecer a onda de medicalização da sociedade, não só brasileira, mas de outros países em desenvolvimento.

De acordo com Garrafa e Lorenzo (2010) o poder do mercado farmacêutico é indiscutível e tem oscilado entre o primeiro e quarto lugar entre as atividades mais lucrativas no mundo, tendo movimentado, em 2005 cerca de 590 bilhões de dólares. Esse é um dos dados que permite compreender a gravidade dos conflitos de interesse que envolvem a indústria farmacêutica como patrocinadora de estudos científicos, os pesquisadores como seus executores e os médicos como prescritores dos resultados positivos obtidos nas pesquisas.

Aux. Técnico: “Sim (é possível). É só ter planejamento, políticas públicas, um modelo complementa o outro”

Médico(a): “Pode e deve (agregar). É preciso (fazer) o tratamento como um todo. Usar várias formas, o que for melhor para o paciente. Holisticamente, (o tratamento) precisa de mais coisas (ser mais amplo) e as PIC respondem a isso”.

Dentista: “Sim (é possível) porque (as PIC) cuidariam muito da parte da personalidade do indivíduo, da alma, da essência dele, muitas doenças estão associadas a parte emocional também...que elas não melhoram por causa disso, assim como tem necessidade do tratamento alopático, a homeopatia tem grande valia em certos casos”.

T. Ocupacional: “Sim. Por uma tendência mesmo da modificação, a gente sabe que muito da medicina alopática não responde...ela não responde, ela cria uma massa dependente do medicamento, a indústria farmacêutica cai de sola pra que tenha, realmente um grande número de dependentes farmacológicos e as PIC vêm remando contra essa maré, que eu acho fundamental. Você sabe que a utilização dos medicamentos melhoram aqui e desconsertam ali. A visão mais integrada do ser humano é corpo e mente, é um fluxo, se eu tenho uma parte funcionando ou não, vou comprometendo todas as outras e as PIC entram aí, pra desmistificar um pouco essa questão da medicina como uma mágica, não existe essa magia, a qualidade de vida vai tá implicando diretamente no teu bem estar...na saúde. Essas Práticas entram aí pra quebrar essa visão da medicina como a única fonte do meu bem estar”.

Embora exista uma Política Pública que determine a utilização das PIC, algumas limitações e desafios para que a implantação aconteça de modo mais efetivo ainda ocorrem. Em fevereiro de 2011, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ligada ao Ministério da Saúde, elaborou um Relatório de Gestão 2006/2010 das Práticas Integrativas e Complementares no SUS considerando que são desafios para implementação da Política Nacional: (i) a formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuarem no SUS; (ii) monitoramento e avaliação dos serviços, considerando as diretrizes gerais da Política, a institucionalização da avaliação da Atenção Básica, as especificidades de

cada componente e os níveis do Sistema; (iii) fornecimento dos insumos (medicamento homeopático/ fitoterápicos /Agulhas para MTC - Acupuntura); (iv) a estruturação dos serviços na rede pública; (v) o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS e (vi) o investimento em Pesquisa e Desenvolvimento para integrar saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento, desenvolvendo assim projetos humanizados, integrais e transdisciplinares.

Sem dúvida, a formação e qualificação dos profissionais presentes na rede merece muita atenção, principalmente por parte dos gestores municipais e estaduais que têm sido os maiores responsáveis pela implementação das diretrizes da Política (PNPIC), bem como do incentivo à Educação Permanente como consta em seu documento no item 3.2. : desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

Aux. Enfermagem: “Sim (é possível) a partir do momento que o profissional acredita em outras alternativas pode ajudar o cliente, pode-se ter um resultado positivo”.

Fisioterapeuta: “É possível agregar (as PIC) e também a consciência dos médicos, e indicar os paciente para fazer as PIC, é isso, é o profissional também conhecer essa dinâmica para fazer o encaminhamento”.

Conforme Relatório de Gestão já mencionado, alguns estados e municípios, orientados pela instância federal, elaboraram suas políticas e programas para institucionalização das Práticas Integrativas e

Complementares orientados pela Política. O documento da PNPIC têm sido referencial para que estados e municípios ampliem suas políticas de saúde, assim como a estratégia de formulação e aprovação adotadas pelo governo federal. Algumas iniciativas estaduais e municipais voltadas para normatização das práticas na atenção primária de saúde, já são conhecidas, entre as quais pode-se citar: os estados do Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, e no âmbito municipal, nas cidades de Florianópolis/SC, Campinas e São Paulo/SP, dentre os 1300 municípios brasileiros mencionados no Informe da Atenção Básica (Nº53, 2009), que por meio de Decretos e Resoluções regulamentaram a PNPIC na rede pública de saúde.

- Benefícios, resistências e dificuldades quando da aplicação das Práticas Integrativas e Complementares no Ambulatório de Especialidades

As entrevistas mostraram que os profissionais de saúde que estavam qualificados para aplicar alguma PIC no Ambulatório de Especialidades e que participaram da pesquisa foram as médicas acupunturistas (3), as fisioterapeutas (2), terapeuta ocupacional (1) e psicóloga (1). Como mencionado anteriormente, os médicos homeopatas (2) não estavam em atividade durante o período da coleta de dados.

Acupuntura:

Em geral, os benefícios citados pelos entrevistados no uso da acupuntura foram a diminuição do estresse, a ação tranqüilizante, analgésica e antiinflamatória, além do bem estar físico e emocional proporcionados por esta Prática.

Uma das médicas acupunturistas relatou o questionamento de um dos seus pacientes:

“A Sra. põe alguma coisa nessas agulhas? Tem algum medicamento?”

Essa pergunta mostra, segundo a entrevistada, a representação que tem o uso do medicamento para o paciente e desconfiança quanto à possíveis melhoras por meio das PIC.

Apesar dos benefícios, foram indicadas algumas dificuldades para realização dos atendimentos de acupuntura, entre os quais destacam-se a falta de salas, de maca, de aquecedor, de agulhas e outros insumos, aparelhos mais sofisticados (aparelho a laser), ventosa, falta de espaço físico, de apoio local, de valorização (da prática).

A dificuldade com a falta de agulhas (que é o básico) é grande. Conforme relatado por uma das entrevistadas, quando o ideal seria usar e descartar posteriormente as agulhas, elas acabavam sendo recicladas pelo próprio paciente, que após a primeira sessão levava-as para casa em um “tubinho”, retornando desta forma até a décima sessão, porque a quantidade de agulhas não era suficiente para a demanda dos atendimentos. Como as agulhas não chegavam às acupunturistas, a alternativa encontrada foi a reciclagem das agulhas pelo próprio paciente que teria que usá-las até o final do décimo atendimento.

Outra dificuldade era o período estabelecido para o tratamento (dez sessões) e segundo depoimento de um dos profissionais entrevistados, em dez sessões não é possível resolver o caso do paciente, sendo que alguns tinham uma melhora, mas nem todos e ao perceber isso, o paciente era encaminhado novamente para a Unidade Básica de Saúde (UBS) indicar mais dez sessões. Vale ressaltar seu desabafo:

“acho que é outra burocracia que ele passa, enfrenta fila de espera, entra na internet para agenda regulada, eu acho isso inadequado, acho um obstáculo para o paciente. Não sei onde está o obstáculo, se é na UBS ou se é aqui, se é a comunicação”.

E outras falas:

“Falta muita coisa, se conta mais com o profissional mesmo e a gente vai dando um jeito”

“Alguns materiais eu tinha que trazer de casa e isso vai desmotivando, você acaba aplicando só o que eles (gestores) querem mesmo, que é só acupuntura”

“Eu sinto essa dificuldade, acho que o abastecimento tinha que ser melhor. Já nem questiono o ideal do primeiro mundo, usou e descartou, mas a cada dois meses quando chega um paciente novo, já teria que ter as agulhas, e não tem, tem que aguardar. São todos aqueles transtornos do serviço público”.

Percebe-se que a principal dificuldade relatada é a falta de agulhas para a realização dos atendimentos de acupuntura, material que é o básico e essencial para a execução da prática. Isso demonstra a falta de conexão da gestão (gerente da unidade e coordenadoria) com a realidade da acupuntura.

Uma formação biologicista tem impedido a valorização dessa prática por parte da gestora, como percebido e relatado por membro da equipe, além de não favorecer a relação do custo x efetividade na Unidade que ela gerencia diminuindo a distribuição de alguns medicamentos alopáticos, por exemplo, como é caso do município de Campinas, no interior de São Paulo que reduziu em 12,5% o consumo de antiinflamatórios, cerca de 70 mil comprimidos a menos distribuídos por mês, no período de oito meses de utilização da acupuntura com uma de suas técnicas denominada acupuntura craniana de Yamamoto - YNSA (GONÇALVES, 2009).

Práticas corporais:

Dentre os benefícios percebidos pelas profissionais que aplicam essas práticas, foi enfatizada a melhora na qualidade de vida dos pacientes, com as técnicas de respiração, regulação da pressão arterial, controle do diabetes, melhor mobilidade das articulações, de forma geral no cuidado, na prevenção e na manutenção da saúde dos usuários, conforme sintetizado em uma das falas:

T. Ocupacional: “o mais importante é a apropriação pelo paciente do seu estado de saúde, de encarar de forma diferenciada a saúde como um estado natural, (...) Entenderem que andar, caminhar, ter uma vivência prática daquilo que é sempre falado, e que na verdade eles acabam tendo a experiência e só depois podem e dão uma devolutiva pra gente. É muito mais fácil quando a gente possibilita a vivência prática para ter uma proximidade verbal e até assimilação do conhecimento que se tem pra dar. Com isso, a condição de transformação do pensamento, a conscientização de que o interno é o mecanismo facilitador do seu bem estar e não só o externo, acaba acontecendo e eles percebem que podem avaliar o seu estado de saúde também e não só o médico”.

- Conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pelos profissionais de saúde

Dos vinte e três profissionais de saúde entrevistados, apenas três relataram conhecer a Política (PNPIC), mas nenhum deles tinha um conhecimento mais amplo dos objetivos e tampouco das diretrizes preconizadas por ela. Uma das falas considerou essa falta de conhecimento, dos profissionais de saúde e usuários como um problema de comunicação na rede pública de saúde que, por sua vez, não atende às recomendações de divulgação da Política (PNPIC), citada no item 3.3 do documento: apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares.

Fisioterapeuta: “Poderia ser mais divulgado e ter mais cursos pra gente fazer, mais lugares para população (utilizar as PIC), com mais acesso. Além dos parques e da UBS, poderia ter (oferta) em clubes e locais da Prefeitura como os CEUS. Para as práticas corporais (Tai Chi, Lian Gong) precisa de um espaço e som, não precisa de grande coisa. Você não vai gastar, nem vai (precisar) deitar no chão, é em pé mesmo”.

Talvez, o fato da gestora não conhecer a Política (PNPIC) contribua para a falta de conhecimento também, por grande parte dos profissionais de saúde do Ambulatório de Especialidades, o que é lamentável.

- A Naturologia

Dos vinte e três profissionais entrevistados, treze responderam que não tinham ouvido falar da Naturologia, os demais disseram ter ouvido falar e fizeram relações com mudança de comportamento, de hábitos alimentares, do uso de ervas com a fitoterapia, do uso de óleos essenciais com a aromaterapia, de medicação natural com foco do que vem da natureza, de outras formas de diagnóstico e tratamento a base de produtos naturais.

Mesmo que uma pequena parte dos entrevistados tivesse respondido já ouvido falar da Naturologia, percebe-se que os mesmos fizeram apenas associações com a palavra, arriscando descobrir o seu significado. Para esta pesquisa considera-se que apenas um dos profissionais de saúde da Unidade Básica (UBS) conhecia de fato a Naturologia por ter de um amigo naturólogo.

- O papel das Práticas Integrativas e Complementares para a Promoção da Saúde

Parte dos entrevistados considerou o papel das PIC mais preventivo e de intervenção. Estes não relataram nenhum aspecto relativo à Promoção da Saúde. Para outra parte, o papel das PIC é de uma prática de saúde mais ampla, que melhora as condições de qualidade de vida dos usuários, estimula o autoconhecimento, deve ser uma prática diária, com alimentação saudável, prática corporal ou atividade física permitindo a mudança de cultura e de conceito de saúde, promove um equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual. O que é compactuado por Capra (2006) quando este elucida que tal abordagem [mais ampla e integrativa] transcenderá de longe tudo o que possa ter sido tentado na ciência cartesiana; em sua natureza essencial será, ao mesmo tempo, científica e espiritual.

Embora alguns profissionais de saúde tenham mostrado em suas falas não conhecer a Promoção da Saúde, o que também é lamentável que um profissional do SUS possa não conhecer a Promoção da Saúde; resultado de uma formação segundo o modelo biomédico; boa parte considerou em suas respostas aspectos importantes da Promoção, como o cuidado integral e a participação na melhoria do meio em que vive, melhoria na sua qualidade de vida e na de sua comunidade, como preconizado na Política Nacional de Promoção da Saúde:

Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde (...) também, fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário (BRASIL, 2006b, p.20).

Como ilustração, a seguir serão apresentadas algumas falas importantes que demonstraram o papel das PIC na opinião dos entrevistados:

Aux. Enfermagem: “acho que as PIC têm um papel de divulgação (de outra abordagem em saúde). Elas são muito importantes (podendo) promover ações em espaços abertos, atender a necessidade da população para a diminuição do estresse e da angústia, (cuidar) do corpo e da mente porque as doenças são resultados dessa condição”.

Médico(a): “integrar o homem à sua totalidade física, emocional e espiritual”.

Assistente Social: “(as PIC) teriam que ser vistas na Atenção Básica, com ações dentro da comunidade, do Programa Saúde da Família (PSF), das escolas. Expandir em outros espaços”.

Assistente Social: “o papel (das PIC para a Promoção da Saúde) é de dar uma opção para a pessoa querer ou não tentar outra prática ou associar (ao tratamento convencional). (Permitir) o direito de escolha e outras oportunidades”.

Os depoimentos conseguidos através das entrevistas foram bastante relevantes. A fala de uma das Assistentes Sociais fez menção à importância de se considerar Políticas convergentes ao tema. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2006, articulada às demais Políticas Nacionais, das PIC (PNPIC) e da Promoção da Saúde (PNPS), igualmente elaboradas em 2006 fortalecerá as diretrizes estabelecidas por estas Políticas ampliando a condição de exercê-las na porta de entrada do Sistema de Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) determinou que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo envolvendo a promoção e a proteção da saúde, assim como a prevenção de agravos, o fornecimento de diagnóstico, o tratamento de enfermidades reduzindo danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c).

5. CONCLUSÕES

A presente pesquisa buscou verificar a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em duas unidades de atenção à saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo e verificar se essa implantação estava em consonância com a proposta da Promoção da Saúde. Uma das unidades oferecia as Práticas Integrativas e Complementares e a outra não.

Na Unidade Básica de Saúde que não oferecia as Práticas Integrativas e Complementares, as gestoras entrevistadas conheciam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares como também relataram usar e indicar a homeopatia, a acupuntura, uma alimentação mais natural, a prática da dança circular e da meditação cotidianamente para familiares e amigos.

Consideraram necessária uma mudança de cultura tanto dos profissionais quanto dos usuários, para que outro modelo, diferente do biomédico, pudesse ganhar mais espaço e força.

Apesar dos depoimentos das gestoras, no gerenciamento da Unidade prevaleceu a postura de uma gestão passiva evidenciando um despreparo para a implementação dos novos modelos assistenciais e gerenciais em saúde.

A aplicação da Política (PNPIC) não foi entendida pelas gestoras como uma ação fácil e os principais motivos foram a falta de formação específica sobre o assunto e qualificação compatíveis com o atendimento de práticas não convencionais.

Por sua vez, os profissionais de saúde disseram nunca ter ouvido falar sobre as Práticas Integrativas e Complementares com exceção de um dos depoentes. Quando a terminologia foi mudada para terapias alternativas, responderam que já tinham ouvido falar. Relataram também usar ou já terem usado algumas delas, para si e para família. A maioria

afirmou que as indicariam e que a oferta desse tipo de tratamento deveria ser feita no nível da Atenção Básica.

Expressaram ainda ter alguma simpatia, experiência positiva ou benefício com seu uso.

Grande parte afirmou acreditar nos efeitos terapêuticos das PIC para a melhoria das condições de saúde achando possível agregá-las à medicina moderna. Em relação à Política Nacional (PNPIC) nenhum dos profissionais de saúde entrevistados conhecia, tampouco ouviram falar da Naturologia ou do profissional naturólogo.

Alguns dos relatos mostraram a promoção da saúde como uma forma de complementar o serviço de saúde convencional, embora não tenham relacionado com a forma ampliada e positiva de pensar saúde.

Por outro lado, no Ambulatório de Especialidades que oferecia as PIC, a gestora declarou que não conhecia a Política Nacional (PNPIC) e conhecia muito pouco as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em geral, diferentemente dos profissionais da sua equipe que além de conhecerem, relataram ser favoráveis a elas, considerando-as complementares ao tratamento convencional e à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Assim como na UBS, a maioria dos profissionais entrevistados no AE usa ou já utilizou alguma PIC para cuidar da sua saúde ou de seus familiares.

Mesmo àqueles que declararam não usar, reconheceram seus benefícios e por isso, também as indicariam.

Todos acreditaram ser possível agregar as PIC ao atendimento convencional, para isso a questão da formação e da qualificação dos profissionais foi considerada um ponto importante, ainda que se apresentassem outras dificuldades e desafios para a implementação das PIC, por exemplo, uma melhor preparação do gestor. O fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC tem se constituído em grande problema na unidade.

A divulgação das PIC para a comunidade local tem sido bastante restrita impedindo que as pessoas as conheçam e utilizem.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) não têm ocupado o papel que deveriam e/ou poderiam dentro do SUS para a Promoção da Saúde. O fato da Agenda de Compromissos pela Saúde não contemplar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, torna mais difícil a sua implementação.

Enquanto os Serviços de Saúde forem realizados dissociando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) será difícil atender aos princípios de Integralidade, Igualdade e Universalidade do SUS, bem como aos princípios do *empowerment*, da autonomia favorecendo a participação popular na Promoção da Saúde.

Por tudo isso, percebe-se claramente que as Práticas Integrativas e Complementares se integradas ao SUS certamente poderão contribuir e muito para a Promoção da Saúde da população brasileira.

6. RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

Recomenda-se que:

1. o Município de São Paulo/SP incentive e crie condições para o oferecimento das PIC em todas as suas Unidades;
2. a Coordenadoria de Saúde Regional Norte, por meio da Coordenação de Medicinas Tradicionais procure aprimorar sua divulgação;
3. monitore a implantação das PIC nas unidades;
4. garanta o fornecimento de matérias e insumos junto aos gestores.
5. que os gestores federal, estadual e municipal, estimulem a criação de novos programas, além de manter e divulgar melhor o Programa Qualidade de Vida, o único existente no município de São Paulo para a execução das Práticas Corporais, somente;
6. apoie a inserção de profissionais não médicos, desde que apresentem formação adequada, nas práticas como Homeopatia, Acupuntura, Antroposofia e Fitoterapia, entre outras.
7. que o Ministério do Trabalho e do Emprego insira a profissão do Naturólogo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) a fim de auxiliar o processo de regulamentação da profissão, visto que a formação deste profissional o habilita para atuar, no campo das PIC, em equipe multidisciplinar da Saúde da Família (ESF) na estância da Atenção Primária, não de forma exclusiva porém qualificada.

7. REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. Campinas: Simdimed/Hucitec, 2006. 357p.

_____. O ato médico: apenas uma disputa corporativa ou uma questão social no Brasil de hoje? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.169-184, jan./dez. 2007.

ALMEIDA-FILHO, A. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. 2011 DOI:10.1016/S0140 6736(11)60326-7 Disponível em <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/EM5572%20miolo%20montado%20final_29.04.11.pdf> . Acesso em 24 mai. 2011.

ANDRADE, J. T. de; COSTA, L. F. A. da. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010.

ANDRÉ, A. M. **Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor**. 2006. 177 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANDRÉ A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p.835-40, dez 2007. Número especial.

ANGELL, M. Laços de corrupção. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 79, p. 30-33, mar 2009.

[APANAT] Associação Paulista de Naturologia, fundada em 09 de fevereiro de 2007. Disponível em: < <http://www.apanat.org.br/site/naturologia/>> Acesso em: 21 fev. 2010.

AZEVEDO, E. **Alimentos orgânicos: ampliando os conceitos de saúde humana, ambiental e social**. Tubarão: Ed. Unisul, 2006. 198p.

_____. Alimentação e nutrição na Naturologia Aplicada. **RECNA**, Palhoça, SC, p. 1-15, maio 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 280 p.

BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; DE SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n.12, p. 3066-3067, dez 2007.

BARROS, N.F. **A construção da medicina integrativa**: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. 311p.

BELEI, R.A. *et al.* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n. 30, p.187-199, jan/jun, 2008.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 179 p.

BOTSARIS, A. Plantas medicinais e fitoterápicos: um olhar sobre a Atenção à Saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PNPIC, 1, 2008, Brasília, DF. **Relatório descritivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 196 p.

BRASIL. LEI Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990. Disponível em:
<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.080-1990?OpenDocument>. Acesso em: 18 abr. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: contém as emendas constitucionais posteriores. ed.rev. Brasília, DF: Senado Federal, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: Princípios e Conquistas. Brasília, DF, 2000. 44p.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000a. Dá nova redação ao art. 198 da Constituição Federal, alterando e inserindo parágrafos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103862/emenda-constitucional-29-00>>. Acesso em: 12 jul.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. 55 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, DF, 2006a. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006b. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análises de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2009. 416p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília, DF, 2009a. 196 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão 2009**. Brasília, DF, 2010. 501p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sas_2009.pdf> Acesso em: 12 jul.2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Imprensa. **Acesso à medicina não convencional cresce no SUS**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11001>. Acesso em: 24 mai. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenadoria das Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de gestão 2006/2010 das Práticas Integrativas e Complementares no SUS** : avanços e desafios. Brasília, DF, 2011. 44p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 5, v.1, p.163-177, [s/m] 2000.

BUSS, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-37.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 26. ed. São Paulo: Cultrix, 2006. 445p.

CARNEIRO, D.M. **Ayurveda**: saúde e longevidade na tradição milenar da Índia. São Paulo: Pensamento, 2009. 334p.

CARVALHO, A. I. de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.149-182.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v.16, n. 2, p. 221-236, n.c, 2003.

CIDRAL FILHO, F. J. Naturologia aplicada à qualidade de vida. In: HELMMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). **O livro das interações**: estudos de casos em Naturologia. Tubarão: Unisul, 2008. 178 p.

CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R. Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010.

[CFM] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Novo código de ética médica**. Brasília, DF, 2009.

[CNS] CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10.,1996, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

COLLUCCI, C. Quase metade dos médicos receita o que fábrica indica. **Jornal Folha de São Paulo**, São Paulo, 31 mai. 2010. Caderno Cotidiano, p. C1.

[CONBRANATU] CONGRESSO BRASILEIRO DE NATUROLOGIA, 2., 2009, Florianópolis, SC. **I Fórum conceitual de Naturologia**. Florianópolis, SC: Abrana e Apanat, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde** : conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DOBBRO, E.R.L. **A Música Como Terapia Complementar no Cuidado de Mulheres com Fibromialgia**. 1998, 434 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DONNANGELO, C. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.

DOSSEY, B. M. et al. **Holistic Health Promotion. A guide for practice**. Rockville: Aspen Publishers, 1989. 324 p.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa** revista e atualizada. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 20.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 295 p.

GALHARDI, W.M.P. **A oferta da homeopatia no Sistema Único de Saúde dos municípios de São Paulo**: diferentes atores e distintas institucionalizações. 2010, 238 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S. et al. (org.) **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica, Palhoça, SC: Ed. Unisul, 2010. p. 21-35.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa em educação ambiental. In: PHILIPPI, A. Jr.; PELICIONI, M. C. F. (ed.). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005. p. 577-598.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GONÇALO, C. da S. **Aplicações da acupuntura e auriculoterapia no cenário odontológico e na atenção primária em saúde**. 2010, 86 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.

GONÇALVES, P. **Agulhas substituem analgésicos**. Campinas: Globo repórter, 2009. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globoreporter/0,,MRP970045-16619,00.html>> . Acesso em: 24 abr.2011.

GORDON, J. S. **Holistic medicine**. New York: Chelsea House Publishers, 1988. 115 p.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, J. C.; VIEIRA, L. A. **Programa Fitoterápico Farmácia Viva**. Betim: Prefeitura Municipal de Betim, [s/d]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Jaqueline%20Guimaraes%20ok.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2010.

HELLMANN, F. **Reflexões sobre os referenciais de análise em bioética no ensino da naturologia no Brasil à luz da bioética social**. 2009. 177 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2001, n. 35, v. 2, p. 115-121, jun. 2001.

[IPEA] INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Sistema de indicadores de percepção social**: saúde. Brasília, DF, 2011. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf> Acesso em: 03 mar. 2011.

KASEKER, C. Falhas dos sistemas educacional e de saúde transformam o médico em vítima da indústria do erro. In: **Revista da Associação Paulista de Medicina**, São Paulo, n. 640, p. 12-17, set. 2009.

LAGUNA, O. A Implementação do modelo de saúde familiar comunitário e intercultural no sistema de saúde público da Bolívia. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PNPIC, 1, 2008, Brasília, DF. **Relatório descritivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 196 p.

LOPES, A. C. Muitas escolas médicas, baixa qualidade de ensino. **Jornal da Tarde**, São Paulo, 29, julho 2010.

LOVELL, B. The integration of bio-medicine and culturally based alternative medicine: implications for health care providers and patients. In: **Global Health Promotion**, London, v. 16, n. 4, p. 65-68, dec. 2009.

LUZ, M. T. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996. 342p.

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

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, E. E. et al. (org). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p.383-398.

MARTA, I. E. R et al. Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1100-1106, dez. 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004. 269 p.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. - São Paulo: HUCITEC; 2008. 407 p.

NUNES, E. D. A metodologia qualitativa em saúde. Dilemas e desafios. In: BARROS N. F; CECATTI J. G; TURATO E. R (org.). **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2005. p. 15-24.

NUNES, G. P. et al. Plantas medicinais comercializadas por raizeiros no centro de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 13, n. 2, p. 83-92, dez. 2003.

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS — **Medicina tradicional** – necesidades crecientes y potencial. Ginebra: WHO/EDM, 2002. 6 p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2295s/s2295s.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

[OPAS] ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa: Conferência internacional sobre promoção da saúde, 1.,1986. 5p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

[OPAS] ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: WHO/EDM/TRM, 2002. 78 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/trm-strat-span.pdf>> Acesso em: 12 jul.2011.

PELICIONI, A. F. **Educação ambiental limites e possibilidades de uma ação transformadora**. 2002. 195p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PELICIONI, M.C.F., PELICIONI, A. F. & TOLEDO, R.F. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, c2008. p.165-177.

PELICIONI, M.C.F. Promoção da saúde e meio ambiente: uma trajetória técnico-política. In: PHILIPPI, A. Jr.; PELICIONI, M. C. F. (Ed). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005. 878p.

PELICIONI, M.C.F. Educação ambiental para uma escola saudável. In: PHILIPPI, A. Jr.; PELICIONI, M. C. F. (Ed). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005b. 878p.

- PHILIPPI, A. Jr.; PELICIONI, M. C. F. (Ed). **Educação ambiental:** desenvolvimento de cursos e projetos. São Paulo: Signus, 2000. 350p.
- REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social.** São Paulo: Cortez, 1995. 87p.
- RESTREPO, H. E. Conceptos y definiciones. In: RESTREPO, H. E; MÁLAGA, H. **Promoción de la Salud:** como construir vida saludable. 2 ed. Bogotá: Panamericana, 2002. p.24-32.
- RODRIGUES, D. M. de O. A intervenção naturológica na visão multidimensional do ser. In: HELMMANN, F.; WEDEKIN, L. M. (Org.). **O livro das interações:** estudos de casos em Naturologia. Tubarão: Unisul, 2008. 178 p.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo/Rio de Janeiro: co:edição Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
- ROSS, J. **Zang Fu:** sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa. 2ed. São Paulo: Roca, 1994. 255p.
- SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. Correlação entre ansiedade e anéis de tensão. **Revista de Enfermagem Referência,** Coimbra, n. 3, p. 7-13, mar. 2011.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública,** v. 31, n. 5, p. 538-42, out. 1997.
- SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: conceitos, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v.7, n.12, p.91-112, 2003.
- SIEGEL P. **Yoga e saúde:** o desafio da introdução de uma prática não-convencional no SUS. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- SILVA, A. E. M. Naturologia: prática médica, saberes e complexidade. In: JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL, 5, 2008, Buenos Aires: SEANSO/ICA/FFyL de UBA. **Apresentação.** Buenos Aires, 2008. 14 p. Disponível em: <
http://www.apanat.org.br/_upload/repository/Naturologia_Adriana%20Magno.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2011.
- SIMONI, C. de. Inserção das práticas integrativas e complementares nos sistemas oficiais de saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PNPIC, 1, 2008, Brasília, DF. **Relatório descritivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 196 p.

SOUZA, E. F. A. A. de; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.393-405, abr./jun. 2009.

SOUZA, M. M. et al. Avaliação dos efeitos centrais dos florais de Bach em camundongos através de modelos farmacológicos específicos. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 365-371, set. 2006.

SPADACIO, C.; BARROS, N. F. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n. 30, p.45-52, jul./set. 2009.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996.

TEMPORÃO, J.G. Cerimônia de abertura. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE – PNPIC, 1, 2008, Brasília, DF. **Relatório descritivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 196 p.

TESSER, C. D.; LUZ, M.T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.363-372, 2002.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008.

TOLEDO, R. F. **Educação, saúde e meio ambiente: uma pesquisa-ação no Distrito De Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira/AM**. 2006. 329 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TOYNBEE, A. **A study of history**. New York: Oxford University Press, 1972.

[USP] UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. USP promove conferência latino-americana de promoção da saúde, 2002, São Paulo: Universia notícia, 2002. Disponível em: <<http://noticias.universia.com.br/tempo-livre/noticia/2002/11/01/538481/usp-promove-conferencia-latino-americana-promoo-da-saude.html>>. Acesso em: 28 jul. 2011.

ANEXO 1**ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA GESTORES(AS) DE AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES QUE OFERECE ATENDIMENTO COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

1. Qual a sua opinião sobre a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde?
2. Foi o (a) Sr.(a) quem implantou as Práticas Integrativas e Complementares nesta Unidade? () Sim Não ()
Se sim, quando foi? _____
Se não, quem implantou?
3. O(A) Sr.(a) encontrou dificuldades e/ou resistências durante a implantação das PIC?
Sim () Quais? _____
Não () Por que? _____
4. O(A) Sr.(a) busca tratamentos alternativos no cuidado da sua saúde?
Sim () Quais? _____
Não () Por que? _____
5. O(A) Sr.(a) indica tratamento alternativos aos seus familiares?
Sim () Quais? _____
Não () Por que? _____
6. Como é feita a divulgação das Práticas Integrativas e Complementares para a população atendida por esse Ambulatório?
7. O(A) Sr.(a) tem entre seus profissionais algum naturólogo?
Sim () Quantos? _____
Não () Por que? _____

ANEXO 2**ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA GESTORES(AS) DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
QUE NÃO OFERECE ATENDIMENTO COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES**

1. O(A) Sr.(a) conhece a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde?
Sim () Qual a sua opinião sobre ela?
Não ()

2. Por que a sua UBS não tem oferecido até o momento, atendimento por meio das Práticas Integrativas e Complementares – PIC à população?

3. O(A) Sr.(a) usa ou já usou tratamentos alternativos no cuidado à saúde?
Sim () Quais? _____
Com qual frequência? _____
Não () Por que? _____

4. Seus familiares usam ou já usaram tratamentos alternativos?
Sim () Você sabe quais? _____
Com qual frequência? _____
Não () Você sabe por que? _____

5. Na sua opinião, qual seria o grau de dificuldade para aplicar a PNPIC atualmente?

ANEXO 3**Roteiro de perguntas para entrevista com profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde que não oferece as Práticas Integrativas e Complementares**

Formação:_____	Idade:_____
Cargo:_____	Tempo de serviço na UBS:_____

1) Você já ouviu falar sobre as práticas integrativas e complementares (PIC)?

() Sim () Não

a) Se sim, quais?

b) Qual a sua opinião sobre elas?

2) Você usa ou já usou alguma prática integrativa e complementares?

() Sim () Não

a) Se sim, qual(ais)?

b) Com que finalidade?

3) Alguém de sua família usa ou já usou alguma PIC? () Sim () Não

a) Se sim, quem? _____ Para que?

b) Se não, por que?

4) Você indica ou indicaria as PIC a algum paciente, cliente, familiar ou amigo?

() Sim Quem? _____ Por que?

() Não Por que?

5) Você conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC?

() Sim () Não

Se sim, qual a sua opinião sobre ela?

6) Você já ouviu falar sobre a Naturologia?

() Sim () Não

a) Se sim, o que?

b) Qual a sua opinião sobre ela?

7) Você acredita nos efeitos terapêuticos das PIC na melhoria das suas condições de saúde ou nas condições de saúde das pessoas?

() Sim Por que? _____

() Não Por que? _____

8) Na sua opinião seria possível agregar as PIC à medicina moderna, convencional, alopática, oficial brasileira? Por que?

09) É de seu conhecimento a existência do naturólogo – profissional de saúde graduado em Naturologia por universidades brasileiras?

() Sim () Não

10) Na sua opinião, qual seria o papel das PIC para a Promoção da Saúde?

ANEXO 4**Roteiro de perguntas para entrevista com profissionais de saúde do Ambulatório de Especialidades que oferece as Práticas Integrativas e Complementares**

Formação:_____	Idade:_____
Cargo:_____	Tempo de serviço na UBS:_____

- 1) Qual a sua opinião sobre as práticas integrativas e complementares (PIC)?
- 2) Quais práticas integrativas e complementares você conhece?
- 3) Você usa ou já usou alguma PIC para cuidar da sua saúde?
- 4) Você já aplicou alguma PIC no seu trabalho como profissional da saúde?
Por que não?
- 5) Você tem alguma especialização nesta área?
- 6) No caso de aplicar as PIC:
 - a) O que você destaca como benefícios?
 - b) Você encontra alguma resistência ou dificuldade?
 - c) Teria algum comentário ou depoimento do usuário ao ser tratado com uma das PIC que você poderia compartilhar?
- 7) Alguém de sua família usa ou já usou alguma PIC?
- 8) Você acredita nos efeitos terapêuticos das PIC na melhoria das suas condições de saúde ou nas condições de saúde das pessoas?
- 9) Você indica ou indicaria as PIC a algum paciente, cliente, familiar ou amigo?
- 10) Você conhece a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC? Qual a sua opinião sobre ela?
- 11) Você já ouviu falar sobre a Naturologia?
- 12) Na sua opinião seria possível agregar as PIC à medicina moderna, convencional, alopática, oficial brasileira? Por que?
- 13) Na sua opinião, qual seria o papel das PIC para a Promoção da Saúde?

ANEXO 5

Quadro 4 -: Como cadastrar os serviços e os profissionais de Práticas Integrativas e Complementares. Estabelecimento de saúde não cadastrado no SCNES

No caso de novos estabelecimentos, o primeiro passo é o cadastro no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, cujos passos são de conhecimento da equipe responsável pelo CNES nos municípios/estados.

Fonte: Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares/DAB/SAS/MS²¹

Quadro 5 -: Como cadastrar os serviços e os profissionais de Práticas Integrativas e Complementares. Estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES

A) Acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, e na aba “Serviços Especializados” incluir o serviço 134 – Práticas Integrativas e Complementares e selecionar uma ou mais da(s) classificação(ões) existente(s): (1) Acupuntura, (2) Fitoterapia, (3) Homeopatia, (4) Medicina antroposófica, (5) outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa, (6) Práticas corporais/atividade física e (7) Termalismo/Crenoterapia.

B) Cadastrar os profissionais que realizarão o serviço, descritos nas Portarias MS/SAS nº 154 de 18 de março de 2009 e nº 84 de 25 de março de 2009, as quais estabeleceram um conjunto de profissionais para cada Serviço/Classificação, para o qual sem o cumprimento desse requisito não é possível exportar dados do estabelecimento para a Base Nacional do CNES e posteriormente validar e enviar para os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares. Para realizar o cadastro é necessário acessar o sistema local do CNES e clicar na opção Cadastro - Profissionais. Nesse cadastro existe a opção de cadastramento de profissionais SUS e NÃO SUS, e no caso em questão eles deverão ser cadastrados como profissionais SUS.

Fonte: idem

²¹ www.saude.gov.br/dab práticas integrativas e complementares. E-mail: pics@saude.gov.br

Anexo 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestores e Profissionais de Saúde do Sistema Único de Saúde de São Paulo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Práticas Integrativas e Complementares para a promoção da saúde

Pesquisadora responsável: Paula Cristina Ischkanian (Fone: 3578-3783)

Orientadora do projeto: Profa. Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni (Fone:3061-7751)

Este projeto tem como objetivo investigar os conhecimentos, opiniões e representações sociais de gestores(as) e profissionais de saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares como estratégia da Promoção da Saúde, bem como identificar as dificuldades e desafios apresentados no processo de implementação, utilização e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares em Serviços de Saúde do município de São Paulo. Para isto, será realizada uma entrevista, com duração máxima de 30 minutos e os dados obtidos serão anotados e gravados.

A pesquisa não atrapalhará o atendimento que os profissionais da Unidade darão aos usuários.

Não haverá qualquer despesa pessoal ou compensação financeira decorrente da sua participação.

O(A) Sr.(a) não é obrigado a participar. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou em seu trabalho na Unidade.

Na divulgação das informações obtidas o seu nome não será citado.

Declaração do participante

Após ler e receber as explicações sobre a pesquisa, e ter assegurados os direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;

4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizado à Av. Dr. Arnaldo 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP fone: (11) 3061-7779, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos,

declaro concordar com o exposto e em participar do projeto.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____

Eu, Paula Cristina Ischkanian, RG: 18.533.256-0, declaro que forneci ao participante todas as informações referentes ao projeto.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Fone: 3578-3783 / 8577-2544