

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva

Raquel Líquer de Deus

**TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - do uso à indicação**

Juiz de Fora
2016



UFJF

RAQUEL LÍQUER DE DEUS

Trabalhadores da Atenção Primária e as Práticas
Integrativas e Complementares – do usa à indicação

2016

Raquel Líquer de Deus

**TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - do uso à indicação**

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosângela Maria Greco

Juiz de Fora
2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Deus, Raquel Líquer de.

Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares - do uso à indicação / Raquel Líquer de Deus. -- 2016.

170 f. : il.

Orientadora: Rosângela Maria Greco

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Terapias Complementares. 3. Pessoal de Saúde. I. Greco, Rosângela Maria, orient. II. Título.

RAQUEL LÍQUER DE DEUS

“Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e as Práticas Integrativas e Complementares - do uso à indicação”

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em: _____

Prof^a Dr.^a Rosângela Maria Greco (Presidente).
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof Dr. Daniel Sales Pimenta (1º Examinador)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof Dr. Gustavo Taboada Soldati (Suplente)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof^a Dr.^a Walcymar Leonel Estrela (2ª Examinadora)
Departamento de Práticas Integrativas e Complementares da
Prefeitura Municipal de Juiz de Fora - DPPIC

Prof^a Dr.^a Madel Therezinha Luz (Suplente)
Universidade Federal Fluminense - UFF

Dedico esse trabalho aos meus pais, ao meu marido e aos amigos que acreditaram, torceram e confiaram. O apoio de vocês me dá segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por mais essa vitória e por sempre iluminar meus caminhos.

Aos meus pais, Marisa e Adenilson, e ao meu irmão Adenilson (Junior) pelo apoio e incentivo, mesmo nas horas mais difíceis.

Ao meu marido e amigo, Thiago, que esteve ao meu lado durante todas as etapas dessa caminhada, sempre me dando força para prosseguir, compartilhando de minhas conquistas e frustrações e não me deixando desistir nunca.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Rosângela Maria Greco pela sabedoria compartilhada, pelo apoio, pela amizade e por acreditar...

Aos membros do Grupo de Pesquisa Práticas Não Convencionais em Saúde FACENF/UFJF, que foram grandes mestres, pelo companheirismo e ensinamentos.

Aos meus familiares por compreenderem minha ausência.

Aos amigos Raphael Saldanha, Marluce Godinho e Gustavo Moura pelo auxílio na consolidação do banco de dados e na análise estatística do trabalho e Fernanda Mazzoni, Thaiane Oliveira, Lisandra Sutana, Quéren Carvalho, Andréia Carvalho, Raphael Augusto, Priscila Nascimento, Gilmara Fernandes, Denise Alves pela cumplicidade e parceria de sempre.

Aos docentes do Mestrado de Saúde Coletiva pelo conhecimento e por me guiarem nessa caminhada.

Aos professores Daniel Sales Pimenta e Walcymar Leonel Estrela pelas contribuições e pela disposição.

À equipe de apoio do Mestrado em Saúde Coletiva, em especial às secretárias Elisângela e Patrícia pela atenção e vontade de ajudar.

Aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont pelo acolhimento e disposição em participar do nosso estudo.

À todos que de alguma forma contribuíram, pois se hoje comemoro uma conquista, esta se deve também àqueles que estiveram ao meu lado em todos os momentos. Gratidão.

RESUMO

Introdução: Práticas Integrativas e Complementares (PICs) se caracterizam por sistemas e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contempla cinco PICs: Plantas Medicinais e Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, Termalismo-Crenoterapia e Medicina Antroposófica. **Objetivos:** Verificar a frequência do uso e indicação das PICs na Atenção Primária à Saúde (APS) pelos profissionais de saúde e Identificar os fatores associados a sua utilização e indicação. **Metodologia:** Estudo transversal de abordagem quantitativa do tipo exploratória descritiva. Os sujeitos deste estudo foram todos os profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Santos Dumont (N=85). Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: atuar em uma das UAPS do Município. Os critérios de exclusão foram trabalhadores que estivessem de férias ou licença por todo o período da coleta de dados. Para a coleta de dados foi utilizado questionário semiestruturado. Foram definidas quatro variáveis de desfecho, para cada PIC: 1) Conhece PICs; 2) Uso de PICs; 3) Indicação de PICs a familiares e amigos; 4) Indicação de PICs à população atendida na UAPS. A análise descritiva foi feita por meio de frequências absolutas e percentuais das variáveis envolvidas no estudo. Na análise bivariada os desfechos foram associados às variáveis sociodemográficas. Considerou-se associação significativa entre as variáveis estudadas quando $p < 0,05$ de acordo com o Teste Exato de Fisher. **Resultados:** Estudo composto majoritariamente: por profissionais de saúde do sexo feminino (72,9%) com idade média de 37,5 anos, casados ou vivendo em união estável (45,9%), brancos (51,8%), Católicos (72,9%), com renda familiar mensal de um a quatro salários mínimos (58,8%), com escolaridade acima do exigido para o cargo ocupado (78%), pertencente à categoria profissional Agente Comunitário de Saúde (55,3%). A PIC mais conhecida (96,5%), usada para tratamento próprio (79,3%), indicada a amigos e familiares (65,9%) e indicada à população atendida na UAPS (41,5%) foi Plantas Medicinais e fitoterapia. Sendo essa prática a única aceita para implantação nas UAPS por todos os profissionais. Plantas Medicinais e Fitoterapia também foi a prática de maior interesse em aprendizado entre participantes (69,4%) e a única PIC cuja maioria dos profissionais indicou à população numa frequência de três vezes ou mais nos últimos seis meses (64,7%). A indicação das PICs para a população atendida nas UAPS foi menor se comparada com a indicação aos amigos e familiares. **Considerações Finais:** Nossos resultados sugerem que há nos profissionais de saúde sensibilização ao movimento social para a revalorização de algumas PICs, em especial as Plantas Medicinais. Sugerimos uma reformulação da estrutura curricular da atual formação em saúde que aborde o ensinamento dos aspectos fundamentais dessas práticas, capacitação dos profissionais já formados e ainda a realização de novos estudos que busquem fortalecer a presente pesquisa.

Palavras-Chaves: Atenção Primária à Saúde. Terapias Complementares. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Integrative and Complementary Practices (ICP) are characterized by systems and therapeutic resources that involve approaches that seek to stimulate the natural mechanisms of disease prevention and recovery of health through effective and safe technologies, with an emphasis on welcoming listening, the development of therapeutic relationship and the integration of the human being with the environment and society. The National Policy on Integrative and Complementary Practices contemplates five ICP: Medicinal Plants and Phytotherapy, Homeopathy, Traditional Chinese Medicine - Acupuncture, Thermalisme-Crenotherapy and Anthroposophical Medicine. **Objectives:** To determine the frequency of use and indication of ICP in Primary Health Care (PHC) by health care professionals and identify the factors associated with their use and indication. **Methods:** Cross-sectional study with a quantitative approach of descriptive exploratory type. The subjects of this study were all health professionals from the Primary Health Care Units (PHCU) Santos Dumont (N = 85). The inclusion criteria to participate in the survey were: work in one of the PHCU of the city. Exclusion criteria were workers who were on vacation or leave for the entire period of data collect. To collect data we used semi-structured questionnaire. Four outcome variables were defined for each ICP: 1) Do you know ICP; 2) Use of ICP; 3) Indication of ICP to family and friends; 4) ICP indication to the population served in the PHCU. Descriptive analysis was done through absolute frequencies and percentages of the variables involved in the study. In the bivariate analysis outcomes were associated with sociodemographic variables. It was considered significant association between variables when $p < 0.05$ according to Fisher's exact test. **Results:** Study composed mainly: by female health professionals (72.9%) with mean age of 37.5 years, married or cohabitating (45.9%), white (51.8%), Catholics (72.9%), with monthly income of one to four minimum salaries (58.8%), with schooling above that required for the position held (78%) belonging to the professional category Community Health Agent (55.3 %). The best known ICP (96.5%), used to own treatment (79.3%), indicated to friends and family (65.9%) and indicated the population served in the UAPS (41.5%) was Medicinal Plants and Phytotherapy. This being the only accepted practice for deployment in PHCU by all professionals. Medicinal plants and Phytotherapy was also the practice of most interest in learning among participants (69.4%) and the only ICP whose most professionals indicated to the population at a frequency of three times or more in the last six months (64.7%). The indication of ICP for the population served in the PHCU was lower compared with the statement to friends and family. **Final Thoughts:** Our results suggest that there is awareness of the social movement for the appreciation new of some ICP, especially medicinal plants. Suggest an overhaul of the current curriculum in health training that addresses the teaching of the fundamental aspects of these practices, training of professionals already formed and also the new studies that seek to strengthen this research.

Key Words: Primary Health care. Complementary Therapies. Health Personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Quadro “A Redenção de Can” Modesto Brocos y Gomes, 1895.....	27
Figura 2 - Mapa apresentando distância entre os municípios Juiz de Fora e Santos Dumont.....	66
Figura 3 - Mapa contendo a localização das Unidades de Atenção Primária à Saúde da Zona Urbana do município de Santos Dumont.....	68
Figura 4 - Mapa contendo as Unidades de Atenção Primária à Saúde da Zona Rural de Santos Dumont.....	69
Figura 5 - Fluxograma contendo o delineamento dos participantes.....	70
Quadro1 - Variáveis independentes, código com categorização inicial da questão e agrupamento das variáveis referentes às características sociodemográficas investigadas.....	74
Gráfico 1 -Unidade de Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont que trabalham com Práticas Integrativas e complementares segundo profissionais de saúde atuantes na unidade.....	81
Gráfico 2 -Conhecimento sobre Práticas Integrativas e Complementares pelos profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont.....	88
Gráfico 3 -Práticas Integrativas e complementares usadas para tratamento próprio pelos profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont.....	89
Gráfico 4 -Aceitação da implementação das Práticas Integrativas e Complementares pelos Profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont.....	89
Gráfico 5 -Indicação de Práticas Integrativas e Complementares aos amigos e familiares X Indicação de Práticas Integrativas e Complementares à população atendida na UAPS pelos Profissionais de Saúde – Santos Dumont.....	90
Gráfico 6 -Práticas Integrativas e Complementares que os Profissionais de Saúde da APS gostariam de aprender e/ou conhecer.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Frequência das características sociodemográficas dos Profissionais de saúde da Atenção Primária a Saúde - Santos Dumont – 2015 (N=85).....	79
Tabela 2 -Cruzamento da variável Formação Profissional com a variável Nível de Escolaridade dos profissionais de saúde da Atenção Primária - Santo Dumont – 2015.....	80
Tabela 3 -Frequência do uso e indicação de Plantas Medicinais e Fitoterapia pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).....	82
Tabela 4 -Frequência do uso e indicação de Homeopatia pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).....	84
Tabela 5 -Frequência do uso e indicação de Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária a Saúde - Santos Dumont – 2015 (N=85).....	85
Tabela 6 -Frequência do uso e indicação de Termalismo e crenoterapia pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).....	86
Tabela 7 -Frequência do uso e indicação de Medicina Antroposófica pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).....	87
Tabela 8 -Associação entre os desfechos “conhece Plantas Medicinais e Fitoterapia”, “usou Plantas Medicinais e Fitoterapia”, “indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para familiar e amigo” e “indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para população tendida na UAPS” e as variáveis indiretas em relação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85)...	92
Tabela 9 -Associação entre os desfechos “conhece homeopatia”, “usou homeopatia”, “indicou homeopatia para familiar e amigo” e “indicou homeopatia para população tendida na UAPS” e as variáveis indiretas em relação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85)...	94
Tabela 10 -Associação entre variáveis indiretas e os desfechos “conhece Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura”, “usou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura”, “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para familiar e amigo” e “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para população tendida pela UAPS” em relação aos profissionais da atenção primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).....	96
Tabela 11 -Associação entre variáveis indiretas e os desfechos “conhece”, “uso”, “indica para familiar e amigo” e “indica para população tendida pela UAPS” Banhos e Águas minerais em relação aos profissionais da atenção primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).....	98
Tabela 12 -Associação entre variáveis indiretas e os desfechos “conhece Medicina Antroposófica”, “usou Medicina Antroposófica”, “indicou Medicina Antroposófica para familiar e amigo” e “indicou Medicina Antroposófica para população tendida pela UAPS” em relação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Acupuntura
ABMA	Associação Brasileira de Medicina Antroposófica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSV	Comma Separated Values
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPS	Global Positioning System
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machines
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MA	Medicina Antroposófica
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MCA	Medicina Complementar ou Alternativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PEPIC	Política Estadual de Prática Integrativa e Complementar
PEPIC/MG	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais
PNPIC	Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar
PIC	Prática Integrativa e Complementar
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa de saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de atenção Primária à Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	23
3	A FORMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA E SUAS CONTRIBUIÇÕES.....	25
3.1	O ÍNDIO.....	25
3.2	O NEGRO.....	26
3.3	O IMIGRANTE.....	28
4	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	31
5	A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: DELINEAMENTOS, LIMITES E POSSIBILIDADES.....	34
6	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CAMPO FÉRTIL PARA AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	38
7	AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ACADEMIA: DO ENSINO À PESQUISA.....	41
8	AS TERAPÊUTICAS CONTEMPLADAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UMA BREVE DISCUSSÃO.....	44
8.1	MEDICINA TRADICIONAL CHINESA – ACUPUNTURA.....	45
8.1.1	Acupuntura.....	47
8.2	HOMEOPATIA.....	52
8.3	PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA.....	56
8.4	TERMALISMO – CRENOTERAPIA.....	60
8.5	MEDICINA ANTROPOSÓFICA.....	63
9	MATERIAIS E MÉTODOS	67
9.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	67
9.2	CENÁRIO.....	68
9.3	SUJEITOS DO ESTUDO	72
9.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ESTRATÉGIAS.....	73
9.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	75
9.6	ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	77
9.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	78
10	RESULTADOS.....	80

10.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTOS DUMONT	80
10.1.1	Características sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont	80
10.1.2	Caracterização das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont.....	83
10.2	FATORES ASSOCIADOS AO USO E INDICAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVA E COMPLEMENTARES NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTOS DUMONT	93
11	DISCUSSÃO	103
11.1	OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTOS DUMONT.....	103
11.2	AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTOS DUMONT	106
11.2.1	Uso e indicação de Plantas Medicinais e Fitoterapia por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont.....	108
11.2.2	Uso e indicação de Homeopatia por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont	114
11.2.3	Uso e indicação de Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont.....	119
11.2.4	Uso e indicação de Termalismo – Crenoterapia por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont.....	124
11.2.5	Uso e indicação de Medicina Antroposófica por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont.....	130
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
	REFERÊNCIAS.....	137
	APÊNDICES.....	155
	ANEXOS.....	166

1 INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) se caracterizam por sistemas e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) denominou-as de “Medicina Tradicional e Complementar ou Alternativa (MT/MCA)”. Já no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) as reconhece por “Práticas Integrativas e Complementares”, – são conhecidas, ainda, como terapêuticas não convencionais, medicinas naturais, Medicina alternativa, entre várias denominações para essas modalidades de tratamento e cura (OMS, 2002; BRASIL, 2006a). Neste estudo, elas serão tratadas como “Práticas Integrativas e Complementares – PICs” seguindo a denominação utilizada e referendada pelo MS.

Essas práticas dispõem de uma visão ampliada do processo saúde doença lançando mão da promoção global do cuidado humano, incluindo o autocuidado. (MINAS GERAIS, 2009).

Moraes (2007) caracteriza as Práticas Integrativas e Complementares da seguinte forma:

Propor a recuperação dos modelos hipocráticos de saúde, alcançáveis com o desenvolvimento de hábitos saudáveis e através de meios naturais, as práticas não convencionais visam a um atendimento voltado para o indivíduo e sua singularidade, não se limitando à dimensão biológica, mas incluindo a esfera psíquica emocional e espiritual (MORAES, 2007, p. 86).

Entre o final do século IV a.C. e início do século III a.C, surgiu na Grécia a escola Médica de Hipócrates e com ela a figura do profissional médico, que valorizava o indivíduo como um todo, o sujeito mais que a doença, com ligação ao cosmo e sua iniciação se dava a partir de mestres antigos e consagrados (MORAES, 2005; DUNEAU, 2003).

Ao longo dos séculos, a atenção à saúde foi se modificando com a crescente monopolização do ato de curar pelos profissionais médicos e se impõe sobre as demais referências de tratamento de doenças das sociedades antigas (Xamãs, raizeiros, curandeiros entre outros). Estas são deixadas à margem do crescente racionalismo iluminista e do empirismo, que no século XVIII, passam a influenciar o modo como se discute e se tratam as doenças e os fenômenos naturais, incentivando-se progressivamente a formação tecnológica, afastando e coibindo os modelos analógicos e mágico-espirituais de cura. Tal situação culmina na hegemonia médica, tecnicista e reducionista, predominante até os dias atuais (MORAES, 2005).

No final do século XIX, após a ascensão da teoria causal, como consequência da decadência da teoria miasmática¹, a atenção dos cientistas voltou-se para o estudo dos sistemas e partes do corpo humano, e a assistência à saúde passou a seguir uma lógica cartesiana e mecanicista.

Almeida (2013, p.109), no capítulo intitulado “o esgotamento da teoria do germe e a crise cultural da medicina oficial” afirma que, no século XIX, a teoria do germe se entranhou na medicina quase que exclusivamente, perdurando até a atualidade, de forma que ainda não se vê o caminhar da medicina oficial rumo a uma visão funcional, presente no âmbito das PICs.

A grande divergência entre essas duas linhas terapêuticas é que as PICs não consideram que a patologia seja causada por um agente externo, mas sim por um somatório de causas que resultam em desarmonia e desequilíbrio (TEIXEIRA, 2014).

Durante o século XX, o progresso da ciência e da medicina, unidos à interesses econômicos de grupos privados fez valer os valores utilitários da biomedicina.

A lógica de desenvolvimento do capitalismo favoreceu fortemente a medicalização da sociedade, reforçando o modelo biomédico presente até aos dias de hoje. Contemporaneamente, o uso excessivo de medicamentos e tratamentos desnecessários resulta em uma sociedade que ruma em busca de uma saúde

¹ Trata-se de uma das corrente mais antigas ligadas à medicina que atribui as epidemias à determinadas impurezas presentes no ar, intituladas de miasmas. Acreditava-se que essas impurezas se faziam presentes mediante o mau cheiro que advinha de pessoas e animais adoecidos, assim como aqueles exalados de pântanos, substâncias em decomposição e dejetos. Supunha-se que para prevenir as epidemias, era necessário impedir a disseminação desses maus odores. Essa teoria “não científica” se tornou especialmente popular no século XVIII e início do século XIX e foi precursora do movimento higienista desse período, que salvou milhões de vidas (MARTINS; MARTINS, 2006).

pautada no uso de tecnologias duras ² e do trabalho morto. Em determinadas situações, o profissional de saúde representa um mediano para o indivíduo que procura apenas por seu aval na escolha da medicação ou do procedimento a ser executado. Acrescenta-se ainda o ritmo acelerado da rotina, somado à fúria do mercado capitalista que suga paulatinamente a saúde ³ do indivíduo, endossando o uso de tecnologia dura (LUZ, 2007; MERHY; FRANCO, 2003).

Partindo da definição de Transição tecnológica de Merhy e Franco (2003), temos que:

(...) essa é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, a Composição técnica do Trabalho. É sempre um processo de construção social, política e cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado (MERHY; FRANCO, 2003, p. 321).

Buscamos na saúde, uma composição técnica do trabalho onde haja hegemonia do trabalho “vivo”, pautado nas tecnologias leves, de caráter relacional. O modelo assistencial biomédico de atenção por ser um modelo mecanicista e em algumas situações não resolutivo gera insatisfação da população e assim favorece a procura por PICs como alternativa, uma vez que estas práticas promovem acolhimento, escuta e valorização da subjetividade do indivíduo, diferentemente do modelo tradicional. Acrescido do fato de que as PICs são voltadas para ações coletivas, concepção de saúde coletiva e ampliada e com potencial pedagógico

² As relações estabelecidas no trabalho em saúde podem ser de um lado sumárias e burocráticas, com assistência centrada na prescrição, compondo um modelo que tem em sua essência, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem ser intersessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado em saúde, conhecidas como tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que coloca como forma de agir entre trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. As tecnologias duras são aquelas inscritas nos instrumentos, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde. E o conhecimento possui uma parte dura estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2003).

³ O termo saúde é baseado no contexto discutido por Segre e Ferraz (1997) em “O conceito de Saúde” em que os autores definem saúde como “... um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.” e não apenas compreendido como ausência de doença ou enfermidade, nem tampouco como utópico estado de completo bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 542).

empoderador (SARAIVA et al., 2011; TESSER, 2009; MONTEIRO; IRIART, 2007; MERHY; FRANCO, 2003).

Além disso, a literatura aponta outros fatores que levam a população a buscar estas práticas: desconforto e descrença no tratamento pela medicina biologicista, pautada em tecnologias duras, que muitas vezes trata a “doença” e não o sujeito; limitações em determinar tratamento e cura para doenças, em especial as crônicas degenerativas; dificuldade de acesso e custeio da medicina atual pelo usuário; ponto de vista unidirecional, fragmentado e reducionista por parte da medicina alopática. Na Medicina Complementar o indivíduo é visto como um sistema indivisível de partes interrelacionadas, corpo/mente/espírito, focando a saúde e não a doença, com base em tecnologias leves (TESSER; LUZ, 2008; MORAES, 2007; LUZ, 2005; ALVIM et al., 2006; MONTEIRO, 2012; SALLES et al., 2011).

Destacando a importância do tema, a OMS instituiu no final da década de 70 o “Programa de Medicina Tradicional” que entre outras ações, tem formulado resoluções no sentido de considerar o valor potencial da medicina tradicional em seu conjunto, para a expansão dos serviços de saúde regionais, assim como fornecer informações e orientações técnicas a fim de proporcionar as práticas de Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) de forma segura e eficaz (BRASIL, 2011a).

Também nos últimos 30 anos, profissionais da saúde, comunidades científicas, instituições governamentais e a população em geral se mostraram descontentes com o rumo e abordagem da medicina alopática e retomam progressivamente o interesse pelas Práticas Integrativas e Complementares (PICs), o que ocorre em todo o mundo como forma alternativa de prevenção, tratamento e cura (SALLES et al., 2011; TEIXEIRA, 2014).

O reconhecimento pelo olhar criterioso das pesquisas científicas e a crescente demanda advinda da população, fizeram com que essas práticas voltassem a ser possibilidade de escolha pelo indivíduo, opção de indicação e/ou execução pelos profissionais de saúde se tornando objeto de estudo para pesquisadores e foco de investimento público (TEIXEIRA, 2014; LUZ, 2005).

AS PICs vêm crescendo com ampla expectativa de fortalecimento e consolidação, uma vez que agregam inúmeros benefícios aliados a custos relativamente baixos, somados a promoção da saúde e da qualidade de vida, integração social, busca da autonomia, de modo a responsabilizar o indivíduo por

seu tratamento, tornando-o sujeito ativo em seu processo saúde doença. Além disso, contribuem na redução de afastamento do trabalho por doenças oportunistas; minimiza o uso excessivo de medicamentos alopáticos; e nas práticas corporais se tem um empoderamento do sujeito que pode continuar praticando individualmente, com autonomia, podendo se tornar mais um multiplicador destas práticas (MONTEIRO, 2012).

Luz (2005, p.160) elucida bem essa questão ao apontar que “as medicinas alternativas vêm ocupando o lugar deixado vago pela medicina convencional, e dispõem de muita experiência a transmitir nesse sentido”.

A compartimentação da medicina atual em áreas cada vez mais especializadas acentua ainda mais o distanciamento entre médico e indivíduo. O que leva a um pensamento simplório da doença, como se sua importância fosse menor do que de fato é.

Portanto, o objetivo, das PICs é divergente daqueles da assistência alopática. O uso dessas práticas tem contribuído, como por exemplo, na qualidade de vida de seus usuários, na medida em que visam a assistência e saúde do indivíduo, considerando-o como mente/corpo/espírito e não um ser fragmentado (TEIXEIRA, 2013).

Contudo, fica claro que não se pretende sobrepor as PICs em relação à biomedicina nem substituir nenhuma outra prática existente, as diversas formas terapêuticas possuem seu valor e aplicação. As PICs vêm para somar junto a elas, de forma harmoniosa. A Constituição Federal de 1988 prevê liberdade ao indivíduo, e ao proporcionar a livre escolha entre as diversas terapêuticas, também lhe é conferida essa liberdade (BRASIL, 1990).

Em suma, vivenciamos uma inversão de valores, em que práticas milenares, antes predominantes e de conhecimento popular, eram empregadas na prevenção, tratamento e cura dessa população. Essas mesmas práticas foram deixadas às margens do sistema econômico vigente que carrega consigo a medicina ocidental. Entretanto, a lógica biologicista tem deixado a desejar diante das demandas da população do terceiro milênio, que já não padece, predominantemente, de doença infectoparasitária, mas de uma “mal estar” difuso (LUZ, 2005).

Ainda hoje, observamos que as perspectivas médicas da saúde, da doença e do corpo dominam os discursos e as práticas sociais cotidianas da população – há

um empoderamento dos problemas à luz do olhar médico científico, ficando esses problemas sociais e de saúde submetidos à racionalidade das ciências biomédicas.

Assim, a medicalização também está relacionada com a autoridade moral exercida pela medicina, através do seu discurso e das suas práticas institucionalizadas, que acaba por legitimar a sua interferência na criação de ideias e valores na sociedade contemporânea.

Na medida em que as PICs vão além da observação, diagnóstico e prescrição de tratamento ao paciente ela corrobora com os preceitos da Saúde Coletiva, que surge devido à necessidade de construção de um campo teórico conceitual em saúde frente ao esgotamento do modelo científico biologicista da saúde pública (TEIXEIRA, 2013; NUNES, 2009b; LUZ, 2005).

A Saúde Coletiva visa o acesso da população às práticas voltadas à prevenção, tratamento e cura de doenças e as PICs oferecem essa possibilidade sob outra ótica, que não a proposta pela biomedicina. Ao empregar uma visão integralista do indivíduo as Práticas Integrativas e Complementares caminham em direção à singularidade proposta pela Saúde Coletiva. Além disso, ao considerar a autonomia e a participação dos sujeitos em seu processo saúde doença, a Saúde Coletiva se aproxima cada vez mais do que já vinha sendo posto em prática pelas PICs há centenas de anos (MONTEIRO, 2012; SALLES et al., 2011; CAMPOS; CAMPOS, 2009; MORAES, 2007; ALVIM et al., 2006; LUZ, 2005).

O emprego das PICs, além de contribuir para a integralidade da atenção à saúde, faz avançar rumo à racionalização e melhor emprego dos serviços de saúde, diminuindo os custos para o sistema.

Os estudos que abordam as temáticas PICs e profissionais de saúde são escassos, principalmente se levarmos em conta a extensão territorial e a pluralidade sociocultural do nosso país, o que dificulta a generalização dos dados encontrados.

Em seu estudo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Paranaguá e colaboradores (2009) apontam que esses profissionais conhecem as PICs, suas modalidades, mas não mostram clareza em suas definições. Ou seja, faltam-lhes informações sobre essas práticas para que possam usá-las e recomendá-las, sem riscos à sua saúde e da população. Os autores ainda destacam como fatores que levam o ACS a indicar PICs à população assistida: os resultados satisfatórios e as crenças (PARANAGUÁ et al., 2009).

Outros estudos apontam que os profissionais de saúde apresentam interesse sobre PICs, sendo que a maior parte acredita que essas práticas podem contribuir na melhoria da saúde. No entanto, sua experiência se torna limitada devido à carência de capacitação teórico prática e por ignorarem a legislação vigente (MANZINE; MARTINEZ; CARVALHO, 2008; NUÑEZ; CIOZAC, 2003).

No entanto, também encontramos na literatura estudos que fazem referência à preparação de profissionais de saúde para essa “nova” área que vem crescendo:

Diversos profissionais com formação superior, como assistentes sociais, professores, às vezes biólogos, ou mesmo farmacêuticos, candidatam-se aos cursos de formação em “medicinas alternativas”. Também um grande número de candidatos a terapeutas em massagens, acupuntura, exercícios e artes marciais, sem formação no ensino superior, demandam a formação em medicinas ou terapias alternativas como uma porta de entrada no mercado de trabalho terapêutico atual (LUZ, 2005, p. 167).

Contudo, baseado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a maioria dos profissionais que empregam PICs são cadastrados em estabelecimentos privados. Tal fato levanta a hipótese, por parte de alguns pesquisadores, de que na rede pública, especialmente na atenção primária, a maior parte dos profissionais não empregam as PICs por não possuírem capacitação e/ou formação para atender a crescente demanda por essas práticas (SOUSA, 2012).

Dessa forma, o desconhecimento sobre as PICs, seus benefícios e também seus riscos pode levar o profissional a criar certa resistência em indicar essas terapias à população (NEVES et al., 2012).

Diante da necessidade de se conhecer a realidade dos profissionais de saúde da Atenção Primária, principal porta de entrada do SUS, para fundamentar propostas eficazes visando proporcionar ao usuário livre escolha de prevenção, cura e tratamento à saúde, colocam-se as seguintes questões norteadoras: A equipe de saúde da Atenção Primária utiliza PICs para tratamento próprio? Quais PICs? Os profissionais de saúde das UAPS indicam PICs? Quais os fatores associados a sua utilização?

Considerando que as Práticas Integrativas e Complementares figuram entre os temas de pesquisa incentivados pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008a); e ainda que a OMS declarou seu apoio,

através do documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, a novas pesquisas que envolvam as PICs, este estudo teve como finalidade discutir os fatores associados a indicação e a frequência com que as PICs são utilizadas pelos profissionais que atuam na APS.

2 OBJETIVOS

Verificar a frequência do uso e indicação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde pelos profissionais de saúde;

Identificar os fatores associados a sua utilização e indicação.

3 A FORMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

No Brasil a utilização das PICs tem seus pilares na formação triíbrida de nossa sociedade, uma vez que a identidade brasileira é compreendida, desde meados do século XIX, como a fusão de três grupos: o branco, o índio e o negro. Isto porque, fomos colonizados por portugueses (representando a porção européia) que trouxeram o negro como escravo para uma terra de índios, da qual fizeram um país de mestiços (OLIVEIRA, 2001).

Optamos por realizar nesse capítulo um breve histórico sobre as Práticas Integrativas e Complementares no Brasil através da formação triíbrida de nossa sociedade, a julgar pela relevância que tais informações trazem ao corroborar com a proposta a que se destina este projeto de pesquisa.

Em 2000 a Universidade Federal de Minas Gerais realizou um estudo filogeográfico através do DNA que nos permite estimar que 28% da população brasileira tem uma índia em sua ascendência e que 25% tem um ancestral materno africano. Colocado de outra forma: mais de 85 milhões de brasileiros seriam considerados não branco, de acordo com a análise de DNA (PENA et al., 2000).

Nesse contexto, nossa cultura influenciou e foi influenciada por esses povos em diversas áreas, incluindo o cuidado à saúde, em particular o uso de práticas alternativas divergentes daquelas propostas pela medicina tradicional da época.

Inúmeros estudos já analisaram as origens do povo brasileiro à luz da Sociologia, da História e da Antropologia. Destacamos Paulo Prado com a obra “Retrato do Brasil” (1927), Gilberto Freire em “Casa Grande e Senzala” (1933), Sérgio Buarque de Holanda em “Raízes do Brasil” (1936) e Darcy Ribeiro, que após várias obras, nos apresentou “O povo Brasileiro” (1995) (PENA et al., 2000).

O que se busca é realizar um breve relato sobre a natureza triíbrida da população brasileira a partir dos Índios, Negros Africanos e Imigrantes Europeus para elucidarmos as contribuições deixadas por eles acerca de PICs no país.

3.1 O ÍNDIO

Durante o período de colonização do Brasil, os portugueses utilizaram, sobretudo, a mão de obra indígena para extração de pau-brasil. Este período foi marcado pela utilização de violência para conter movimentos sociais e apropriação de terras indígenas e forte resposta por parte da população indígena a fim de revidar as tentativas de submissão e a exploração (SHIGUNOV NETO; MACIEL, 2008; LUZ, 2005).

Destacada como mais antiga e persistente, a cultura indígena sobreviveu ao massacre cultural durante a colonização, e ao da modernização no século XIX, sendo caracterizada pela ampla utilização de plantas para tratamento e cura de doenças como também nos ritos espirituais xamânico ou não-xamânicos (VIDAL, 2010; LUZ, 2005).

Para uma melhor compreensão da medicina indígena, é preciso conhecer um pouco de seus mitos e rituais, pois a linha que separa o biológico do espiritual para esse povo é muito tênue. Na cultura indígena brasileira, os pajés realizam rituais mágicos para tratar e curar doenças, em que as ervas usadas nesses rituais apresentam papel medicinal, social e simbólico. Os Indígenas acreditam que esses poderes podem ser usados tanto para curar quanto para provocar doenças. Sendo assim, cada grupo indígena possui um ritual de cura. Os Xamãs representam uma categoria especial de médico pajé, que pode entrar em estado de êxtase (VIDAL, 2010).

A medicina indígena é caracterizada por sistemas de cura nos quais a integração ou harmonia homem/natureza e natureza/cultura é um sinônimo de equilíbrio para os indivíduos e uma garantia de saúde para a comunidade. A desarmonia entre esses elementos fundamentais da vida gera o adoecimento e restaurar a saúde, através da intervenção de xamãs ou outros agentes de cura, significa restabelecer a harmonia entre esses elementos nos indivíduos, compreendidos como um todo socioespiritual inserido na natureza (LUZ, 2005).

Abaixo, apresentamos um trecho de Vidal (2010) em que a importância da cultura indígena no campo da Saúde atual é elucidado:

Desse modo, não se pode descartar o importante papel medicinal das ervas usadas pelos pajés e xamãs na medicina tradicional. Pois, a grande maioria delas possui princípios químicos ativos, os quais vêm sendo objeto de pesquisa científica e estão presentes em vários remédios industrializados (VIDAL, 2010, s.p.).

Apesar de todas as agressões culturais sofridas, as comunidades indígenas mantêm, ainda hoje, a prática do uso de medicação caseira como forma de cura viável para várias doenças, mesmo após o contato com outras culturas e acesso a medicações industrializadas. Esses povos se preocupam com a preservação dos saberes tradicionais. Dessa forma, as plantas adquirem valores culturais que ultrapassam sua função curativa, tornando-se um saber, um patrimônio cultural e simbólico interiorizado na memória dos grupos familiares (VIDAL, 2010).

Contudo, os indígenas influenciaram outros grupos religiosos brasileiros como a União do Vegetal e Santo Daime, que usam a *ayahuasca* - bebida sacramental produzida a partir da decocção de duas plantas nativas da floresta amazônica: o cipó *Banisteriopsis caapi* e folhas do arbusto *Psychotria viridis* que contém o princípio ativo da N-dimetiltriptamina (COSTA; FIGUEIREDO; CAZENAVE, 2005).

A Amazônia possui muitos locais onde a cultura indígena e cabocla conhece águas e lamas com propriedades curativas, possuindo a maior riqueza mundial de áreas consideradas “intocadas” pela civilização. Destaca-se nesta região a diversidade entre as Águas superficiais do Rio Negro e as barrentas do Rio Solimões (LAZZERINI, 2009).

Contemporaneamente, os “erveiros”, os farmacêuticos populares, trabalham em farmácias de ervas e produtos naturais, as “benzedadeiras” as parteiras e outros tantos agentes de cura contemporâneos utilizam formas de intervenção advindas da tradição indígena (LUZ, 2005).

3.2 O NEGRO

O Tráfico Negreiro durante os séculos XV e XIX trouxe ao Brasil populações advindas de diversas regiões da África, cada qual com sua cultura e crença, ora muito próximas, ora extremamente divergentes. No entanto, sabe-se que em meio a

essa diversidade cultural, os escravos aprisionados na parte mais ao norte da costa oeste da África constituíam cerca de um terço do total trazido para o Brasil e se concentraram inicialmente na Bahia, sendo que muitos deles tinham a religião loruba, de onde veio o candomblé baiano (SOUSA et al., s.d).

O negro se integra à nação pela miscigenação, mas não encontra lugar na construção ideológica da identidade do país devido a sua condição de escravo, entendida como inferior. Suas crenças e costumes eram encarados como mal e foram cruelmente reprimidas. Eram proibidos de praticar sua religião de origem africana ou de realizar suas festas e rituais, também africanos. Tinham que seguir a religião católica, imposta pelos senhores de engenho, adotar a língua portuguesa na comunicação. Mesmo com todas as imposições e restrições, não deixaram a cultura africana se apagar. Escondidos, realizavam seus rituais, praticavam suas festas, mantiveram suas representações artísticas (OLIVEIRA, 2001).

Em meio à cultura do negro-africano temos um sistema de cura complexo, que se fixou fortemente na cultura das grandes fazendas e na dos centros urbanos por influência da força de trabalho escrava, que assim como a terapêutica indígena, também tem sua base ancorada no uso de plantas. Contudo, Luz (2005) afirma que esta é inegavelmente mais espiritualista em sua abordagem dos fenômenos de adoecimento individual e coletivo, e seu agente de cura mais importante é através da figura do pai de santo ou mãe de santo, que atua terapeuticamente intermediando entidades espirituais, divindades de diversas hierarquias. Sendo que o uso de plantas, chás, incensos é comum durante rituais sagrados (LUZ, 2005).

Duniau (2003) faz uma aproximação entre o uso de plantas e o Candomblé em seu livro “Plantas medicinais da Magia à ciência”, ressaltando que os negros conseguiram preservar seus ritos utilizando o sagrado e o medicinal das plantas (DUNIAU, 2003).

Esse sistema de cura é baseado no tratamento de doenças de origem espiritual ou de determinadas doenças para as quais a medicina alopática ainda não encontrou cura ou ainda aquelas cujo tratamento seja considerado altamente invasivo. Ele utiliza como meios terapêuticos os “passes” espirituais, a fitoterapia e a homeopatia popular de tradição secular na sociedade brasileira. Abrange também determinadas práticas a fim de restaurar a saúde do paciente em tratamento, entre elas: dietas especiais, formas de pensar e sentir que auxiliem no processo de cura,

oferendas de preces e alimentos ou doações materiais às divindades denominadas orixás, no Brasil (LUZ, 2005).

Rivas Neto e colaboradores (2012) afirmam que:

As plantas utilizadas nos ritos, cerimônias e oferendas das religiões afro-brasileiras, que também podem ser chamadas de ervas, estão, como tudo na matéria, ligadas às vibrações dos Orixás. Assim, cada planta está associada a um determinado Orixá de maneira mais direta e às suas correlações vibracionais com os signos, os astros, os entrecruzamentos vibracionais e as entidades espirituais. Por essa razão, são sagradas, além de assimilarem e conterem o “prana”, a energia vital emanada pelo Sol e absorvida pelas plantas. Também, por não terem consciência, essa energia é mantida pura e inalterada (RIVAS NETO et al., 2012, s.p.).

Mesmo com tanta represália, os negros conseguiram manter algumas tradições e conhecimentos que foram passados à gerações e estão presentes na atualidade. Seu sistema de cura tem forte presença nos centros urbanos brasileiros, nas camadas médias e baixas da população, mesmo entre aqueles que utilizam da medicina alopática.

3.3 OS IMIGRANTES

Devido à necessidade de substituição da mão de obra escrava, decorrente da abolição da escravidão no Brasil em 1888, a imigração foi incentivada no final do século XIX e início do Século XX. Diante da mestiçagem da população com os negros e a crença de que o descendente dessa união representava um mal, associando o fato à cor de sua pele, os pensadores da época defendiam a teoria do “branqueamento” da população brasileira no início do século XX. Essa teoria se embasa no processo seletivo de miscigenação, em que dentro de algumas gerações faria surgir uma população branca (OLIVEIRA, 2001).

Podemos ver a representação e disseminação desse pensamento no quadro “A redenção de Can”, de Modesto Brocos y Gomes, pintado em 1895, em que, a avó negra ergue as mãos aos céus em sinal de agradecimento pelo neto branco, visto no colo da mãe, uma mulata, próximos ao pai branco. De acordo com a Bíblia, Can,

filho de Noé, foi amaldiçoado por seu pai de forma que ele e seus descendentes seriam escravos. Por essa razão, foi apontado por séculos como o antepassado dos povos negros por intelectuais da época que adequaram a ciência a escritura bíblica (PENA et al., 2000).

Oliveira (2001) traz em seu livro “O Brasil dos Imigrantes” que a política de imigração brasileira no século XIX visava atrair os estrangeiros para povoar e colonizar os vazios demográficos, o que possibilitaria a posse do território e a produção de bens. Além da contribuição braçal, os imigrantes representavam a salvação da população uma vez que contribuiriam para o branqueamento da mesma.



Fig. 1 Quadro “A redenção de Can”, Modesto Brocos y Gomes, 1895.

Portugueses, espanhóis e italianos por serem brancos, católicos, falantes de línguas próximas, podiam ser assimilados mais rapidamente e, como já mencionamos, correspondiam ao perfil do imigrante desejado (OLIVEIRA, 2001, p. 27).

A partir dessas informações, corroboramos com Oliveira (2001) ao afirmar que algumas etnias e nacionalidades foram privilegiadas em prejuízo de outras. A cultura e, nela a religião, foram pontos importantes na aceitação maior ou menor de determinado estrangeiro.

Estima-se que dos 5 milhões de imigrantes recebidos pelo Brasil entre 1850 e 1950, 75% eram formados por portugueses, espanhóis e italianos. Outros imigrantes também tiveram presença relativamente forte: os alemães, os sírios e libaneses, os judeus, os japoneses, entre outros. E em virtude disso, entre 1872 e 1890, a população de brancos brasileiros aumentou em 12,5 milhões (OLIVEIRA, 2001; PENA et al., 2000).

Destacamos a contribuição dos portugueses, que trouxeram a Crenoterapia junto com a colonização brasileira, agregando a nossa cultura seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde (MINAS GERAIS, 2009; QUINTELA, 2004).

Os primeiros imigrantes chineses chegaram ao Rio de Janeiro em 1810 e trouxeram consigo a Medicina Tradicional Chinesa. Em 1908, embora restrita á

colônia, a acupuntura japonesa foi introduzida às práticas terapêuticas no país por imigrantes japoneses. Somente em 1950 essa prática passa a ser difundida pelo fisioterapeuta Friedrich Spaeth que em 1958 institucionaliza a acupuntura ao ensinar a prática milenar no Rio de Janeiro e em São Paulo, ainda sob as sombras do charlatanismo (PAI, 2005).

A Medicina Antroposófica é outra PIC que chegou ao Brasil através de imigrantes, mais especificamente por alemães que integravam áreas colonizadas na região sudeste, com destaque para a região sul da cidade de São Paulo, no período pós 1ª Guerra Mundial. O bairro de Parelheiros tem ainda sinais vivos da contribuição destes imigrantes na formação social deste local (ABMA, s.d.).

Diante de tamanha complexidade cultural, formada por diversos povos advindos de diversas regiões da Europa, reconhecemos o fato de que a população brasileira é formada por múltiplas culturas que deixaram marcas até os dias de hoje em diversas áreas do saber. Culturas que interferiram e sofreram interferência por cada parte que a compõe em diversos âmbitos, inclusive na área da saúde.

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Sabe-se que a relação do homem com as Práticas Integrativas e Complementares é demasiadamente antiga e universal, envolvendo não apenas a aplicação medicinal, científica e terapêutica como também o mágico, religioso, festivo e cultural (MORAES, 2005; DUNIAU, 2003).

Como vimos anteriormente, as PICs, através do índio, do negro e dos imigrantes, sempre estiveram presente e fizeram parte de nossa sociedade. Entretanto, com a formação positivista, cartesiana, centrada na racionalidade científica e com a hegemonia do modelo biomédico, onde apenas é aceito o conhecimento passível de ser quantificável, em que mente e corpo são subdivididos em partes, estas práticas foram marginalizadas e até negadas (TEIXEIRA, 2014; LUZ, 2005; MORAES, 2005).

A partir dos anos 60, influenciados pelo interacionismo simbólico, os estudos rumam em direção ao comportamento da doença destacando as diferenças culturais na interpretação dos sintomas, atribuindo causas e buscando ajuda sintetizadas em modelos. A década de 70 surge com novas tendências frente as críticas em relação à organização dos serviços, aos problemas com doenças crônicas e do acesso aos serviços de saúde.

É nesse contexto que se destacam duas correntes: os interacionistas, baseados na experiência subjetiva da doença e a existência de divergências de perspectivas entre médicos e pacientes de acordo com suas posições na sociedade e os Marxistas, que sob as perspectivas da economia política associam a desigualdade em saúde e os fatores de risco em saúde às características estruturais da sociedade, evidenciando o conhecimento e a tecnologia médica como fruto do capitalismo (NUNES, 2009a).

Ainda na década de 70, as discussões acerca da Determinação Social para explicar o processo saúde doença culminaram em grande volume de publicações científicas, somadas a grande força do movimento de reforma sanitária. Houve assim, um aumento do conjunto de análises e interpretações responsáveis por grandes mudanças na saúde pública do País. Foi quando começaram as primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil.

A noção de causalidade é substituída pela Determinação Social, que tem por base a estrutura social e as condições ligadas a ela hierarquicamente, para explicar o processo saúde doença. Sendo assim, a adoção de uma concepção ampliada de saúde, em que não somente os aspectos biológicos, mas também os psicológicos e sociais são levados em consideração faz com que haja necessidade de intervenções em outras áreas e não apenas biomédica.

Nas palavras de Nunes (2009a):

(...) visando a atenção integral ao paciente, assim como a integração dos conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais na compreensão do processo da doença. Data desse momento a percepção de que a teoria unicausal não podia explicar as complexas relações entre as condições de vida da população e suas doenças, e explicações multicausais são buscadas. Somente na segunda metade dos anos 1970, os estudos avançariam no sentido de entender a determinação social do processo saúde doença com a utilização de um marco de referência que ultrapassa a explicação multicausal – a determinação social da doença (NUNES, 2009a, p. 295).

Em virtude disso, na segunda metade dos anos de 1970, a busca por PICs nas sociedades ocidentais cresceu consideravelmente, não apenas por parte dos pacientes, mas também pelos profissionais de saúde, atingindo o auge na década de 1980. Por se tratar de terapêuticas centradas em uma perspectiva ampliada de saúde, que considera os aspectos sociais, culturais e emocionais do ser humano, as Práticas Integrativas e Complementares confluem com a compreensão do processo saúde doença atual (MONTEIRO, 2012; SALLES et al., 2011; CAMPOS; CAMPOS, 2009; LUZ, 2007; MORAES, 2007; ALVIM et al., 2006; LUZ, 2005).

Os anos 80 vieram recheados de conquistas para a área de saúde com a incorporação de novos conceitos, novos saberes e práticas, fazendo com que o foco deixasse de ser exclusivamente sobre a medicina e a profissão médica e passando a ser em direção à saúde e à outras profissões.

Ainda nessa década, o cenário nacional foi marcado pelo fortalecimento do conceito ampliado de saúde a partir do Movimento da Reforma Sanitária que culminou na legitimação e institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira a ser aberta à sociedade, tendo destaque o movimento da

Reforma Sanitária. Seu relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira - "Da Saúde", de 5 de outubro de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da Saúde Pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1990a).

A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei N.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social, ou seja, a participação da população na gestão dos serviços de Saúde (BRASIL, 1990b).

Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar experiências pioneiras sobre as PICs a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi, sem dúvida nenhuma, um marco importantíssimo para as PICs, na medida em que avança rumo à democratização das ações e do acesso a novos recursos de intervenção disponíveis na área da saúde, propondo ações que privilegiam o coletivo, o homem integral e os vários fatores determinantes no processo de adoecer, além de romper o ciclo de intervenções que beneficiavam e alimentavam os interesses de alguns grupos (SILVA, 2012).

Em 2006, outro importantíssimo passo foi dado na esfera federal, na 162ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em que, atendendo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) aprova em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e disponibiliza opções terapêuticas e preventivas aos usuários do SUS, através da Portaria N° 971 de 3 de maio, em que reafirma, baseado em levantamento realizado em 2004, que 232 municípios, dentre esses 19 capitais, num total de 26 estados fazem uso de Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e da Medicina Antroposófica, além das práticas complementares de saúde (BRASIL, 2006b).

Contudo, mesmo antes da publicação da PNPIC, as PICs já eram procuradas por várias pessoas, nos municípios de: Recife, Rio de Janeiro, Campinas, entre outros, pela sua forma de abordagem e por apresentar um olhar diferenciado, holístico de base vitalista (MONTEIRO, 2012).

5 A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES – PNPIC – DELINEAMENTO, LIMITES E POSSIBILIDADES

Aprovada em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) recomenda a implantação e implementação de ações e serviços no SUS, com o objetivo de garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso (BRASIL, 2006a).

O impacto da publicação da PNPIC alcança, entre outros, os campos econômico, técnico e sociopolítico, pois tira da sombra e promove a inclusão de práticas de cuidado subsumidas no discurso e ação dominadora do complexo mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica (LUZ, 2013).

A PNPIC contempla cinco Práticas Integrativas e Complementares, a saber: Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo – crenoterapia, cada qual com sua trajetória de institucionalização e de representatividade únicas no SUS. Essa perspectiva contribuiu para que objetivos e diretrizes particularizados fossem estabelecidos para cada área, no escopo da política.

Para as práticas de homeopatia, medicina tradicional chinesa – acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, foram estabelecidas diretrizes de financiamento público, provisão dos medicamentos e insumos, fomento à formação e educação permanente dos profissionais, instituição de ações de monitoramento e avaliação, divulgação de informações para usuários e gestores, assim como fomento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b, BRASIL, 2006e).

Para o Termalismo social - crenoterapia e a medicina antroposófica, abordagens menos difundidas no SUS, foi estabelecida a criação de “Observatório de Saúde”, com ênfase no monitoramento e avaliação dessas experiências (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b, BRASIL, 2006e)

Efetivamente a PNPIC contribuiu para que houvesse maior visibilidade das PICs e maior oferecimento dos serviços em especial de acupuntura e homeopatia.

No entanto esses serviços são mais oferecidos pelo setor privado em relação ao setor público, considerando tanto o atendimento e execução quanto a formação acadêmica. Ocorre atualmente um processo de mercantilização e de elitização da oferta das PIC decorrente de sua presença no setor de saúde privado e liberal (LUZ, 2013; TESSER; LUZ, 2008; TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008).

Além disso, a PNPIC promoveu um aumento significativo de ações, programas e políticas nos estados e municípios brasileiros após a sua aprovação. Ela também vem desempenhar objetivos importantes preconizados pela OMS, os quais preveem a promoção e a integração das PICs aos sistemas oficiais de saúde, como o SUS.

A título de exemplo, a PNPIC influenciou a criação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais (PEPIC/MG) em 2009, regulamentada pela Resolução SES - MG Nº1885 e pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº 532 em 27 de maio de 2009 e o incentivo financeiro visando à sua implantação e implementação pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº580, de 21 de outubro de 2009. (MINAS, 2009). Além das Políticas Estaduais do Rio Grande do Norte e Espírito Santo.

O Brasil foi pioneiro, à nível mundial, ao criar uma Política Nacional voltada para as Práticas Integrativas e Complementares (PICs). Esta política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2006a).

Em entrevista à Revista Brasileira Saúde da Família (2008) a coordenadora do departamento de Medicina Tradicional da OMS, Xiaouri Zhang, parabeniza o Brasil por seu pioneirismo ao aprovar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares junto ao sistema Nacional de Saúde, colocando-o em destaque e como referência internacional:

Ficamos muito satisfeitos ao constatar que o Ministério da Saúde do Brasil está muito interessado e apoia a integração da Medicina Tradicional e Práticas Complementares em seu sistema de saúde. (...) Agradecemos todos os esforços feitos pelo governo brasileiro e também gostaríamos de ver compartilhada a experiência do país com os outros Estados-Membros (ZHANG, 2008, p.6).

Chamamos a atenção para o contraste entre o fato de algumas PICs comporem culturas milenares, serem apoiadas pela OMS e até os dias atuais não serem foco de políticas públicas em diversos países:

Sob a classificação de práticas complementares estão diversas técnicas com finalidades de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, que, embora, reconhecidas pelo uso popular desde a Antiguidade, ainda não fazem parte da maioria dos programas oficiais da saúde, principalmente nos países ocidentais (SALLES et al., 2011. p.2).

Em seu estudo, Sousa e colaboradores (2012) observaram que o número de serviços de práticas integrativas e Complementares cadastrados no país aumentou, entre 2007 e 2011, de 505 para 3.565, ou seja, 7,06 vezes, com predominância das práticas corporais e acupuntura. Em virtude de um mesmo estabelecimento de saúde oferecer mais de um tipo de serviço em práticas integrativas e complementares (ambulatorial ou hospitalar), 87% são públicos, em sua maioria centros de saúde e unidades básicas de saúde, dos quais, 57% oferecem procedimentos de práticas corporais. Os autores destacam, ainda que há um descompasso entre o que se registra nos sistemas de informação e o que é praticado nos municípios. Esse descompasso pode ser devido, em grande parte, à indefinição do escopo do que se compreende como práticas complementares e integrativas dentro da Política Nacional; o que significa uma grande limitação para sua mensuração e avaliação (SOUSA et al., 2012).

Luz (2013) afirma que a PNPIC é “omissa na definição de critérios de monitoramento e fonte de recursos, eixos essenciais à implementação de qualquer política” (LUZ, 2013, p. 219).

Dessa forma, a omissão desses dois eixos interfere diretamente na implementação da PNPIC, além de supor a evasão do Executivo quanto a responsabilidade de firmar pactos dimensíveis no que diz respeito à orçamento, metas, tempo e locais (LUZ, 2013).

Portando, fica claro o impacto positivo para algumas PICs da institucionalização através da PNPIC, inclusive no contexto internacional. Contudo

ainda há muito que se caminhar para que de fato se faça valer o direito de atendimento universal, integral e igualitário, no que diz respeito às PICs.

6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CAMPO FÉRTIL PARA AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que contempla a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte nos determinantes, condicionantes e na situação de saúde das coletividades e promova a autonomia das pessoas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Considerada a parte central do SUS e responsável por sua reorientação, a APS deve ser organizada de forma a priorizar o trabalho em equipe interdisciplinar, a construção de vínculo entre equipe e usuário, a abordagem do sujeito, da família e do seu contexto de forma integral, buscando a reformulação do saber e da prática tradicional em saúde (BRASIL, 2011b).

A APS é porta de entrada às ações e aos serviços de saúde no SUS, como também de atenção continuada à saúde para a grande parte da população. Dessa forma, deve ser compreendida pelo indivíduo como seu contato preferencial, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto, é imprescindível que ela esteja orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012a).

Em 2006, com a Portaria Ministerial 648, foi ampliada a Atenção Básica em Saúde no Brasil, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB). Em 2011, essa portaria é revogada pela Portaria Ministerial 2488 de 21 de outubro, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2006c).

Atualmente, o Brasil apresenta três modelos de Atenção à Saúde na APS: Modelo Tradicional, que trabalha com especialidades clínicas somadas a traços do modelo biologicista, em que o trabalho se concentra na imagem do médico (TOMASI

et al., 2011). A Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente o principal modelo para implementação da APS no Brasil, com o intuito de reorganizar a atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011c) e finalmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011c).

Em 2008 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou seu relatório anual, intitulado "Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca", em que enfatizou a necessidade de adoção da atenção básica à saúde e o combate a desequilíbrios tanto em países pobres quanto ricos. A Estratégia de Saúde da Família foi citada como modelo a ser seguido. A OMS enfatizou a necessidade de prioridade à cobertura universal, aliada a princípios como equidade, justiça social, solidariedade e eficiência na prestação de serviços (OMS, 2008).

As PICs vêm sendo debatidas na Atenção Primária à Saúde desde a conferência Mundial de Alma-Ata, realizada em 1978, na antiga União Soviética. Nesta conferência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou a importância da construção de uma política de atenção de "Saúde para Todos" por meio da incorporação de práticas das chamadas medicinas populares ou tradicionais nos sistemas nacionais de saúde.

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Neste sentido a incorporação das PICs na Atenção Primária à Saúde também fortalece esses princípios e aprimora o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, além de estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável da comunidade (BRASIL, 2006a; MINAS GERAIS, 2009).

Dentre as diretrizes da PNPIC, a mesma preconiza que a Estruturação e fortalecimento da atenção em PICs no SUS sejam estabelecidos mediante, entre outros, o incentivo à inserção da PNPIC em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Dessa forma, a ESF se faz modelo propício para aplicação da PNPIC, por contar com uma equipe multidisciplinar e estar inserida na realidade e cultura local, com destaque para a incorporação da fitoterapia.

Segundo Bastos e Lopes (2010) “a expansão e o fortalecimento dessas terapias adquirem importância fundamental no Programa Saúde da Família (PSF) por ser uma terapêutica amplamente utilizada, principalmente pelas populações de baixa renda” (BASTOS; LOPES, 2010, p. 22).

Estudos apontam que grande parte das PICs, como a homeopatia, fitoterapia, acupuntura, chás medicinais, massoterapia, yoga e shantala, são aceitos e utilizados na ESF e na APS, sendo sua aplicação influenciada pelo baixo custo, pelo fato de se acreditar que efeitos colaterais são inexistentes, satisfação e crença da população (NAGAI; QUEIROZ, 2011; LOURES et al., 2010; PARANAGUÁ et al., 2009).

A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares do Estado de Minas Gerais (PEPIC/MG) realizou um diagnóstico situacional das PICs no estado, destacando que a localização dessas práticas, segundo os níveis de complexidade do SUS em cada município possui grande variabilidade segundo o município e o tipo de prática. Contudo, é na atenção primária que elas se concentram predominantemente (MINAS GERAIS, 2009).

Esse fato merece a atenção dos gestores para que se desenvolva com critérios e responsabilidade frente a inclusão das PICs no SUS e seu acompanhamento e avaliação, bem como se mostra necessária a discussão do financiamento dessas práticas nos três níveis de gestão (LUZ, 2013).

No entanto, alguns autores apontam para pontos negativos relacionados à implantação das PICs na rede básica, como o planejamento insuficiente e a visão simplificada que converte as racionalidades alternativas em técnicas que seguem os mesmos princípios mecanicistas da medicina alopática e a mesma compreensão do que seja doença (NAGAI; QUEIROZ, 2011; SALLES; SCHRAIBER, 2009).

7 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ACADEMIA: DO ENSINO À PESQUISA

Frente à progressiva expansão da procura e institucionalização dos serviços relacionados às Práticas Integrativas e Complementares, em especial na Atenção Primária à Saúde, se fazem necessários programas e conteúdos que possibilitem os profissionais de saúde desempenharem suas atribuições, cada vez mais próximos das necessidades de saúde da população.

Nas universidades públicas, as disciplinas voltadas para capacitação em Práticas Integrativas e Complementares são pouco exploradas, sendo que quando esta se faz presente, é de maneira eletiva, inexistente na formação básica dos futuros profissionais de saúde (MORALES et al., 2015; SOUSA, et al., 2012; SANTOS et al., 2009; SALLES, 2008).

Observa-se que na academia também há uma falta de conhecimento sobre as políticas que amparam o uso dessas práticas (SENA, 2007).

Percebemos que a base curricular dos cursos de saúde no Brasil ainda segue uma lógica flexineriana, pautada em conteúdos isolados e fragmentados, com foco na atenção a saúde individual e na fração que compete a cada especialidade. Dessa forma, proporciona minimamente um espaço para o desenvolvimento intelectual, reflexivo e crítico do aluno, dissociando o ensino teórico-prático e levando à formação baseada no modelo assistencial voltado para prática médica/hospitalar, campo pouco receptivo às Práticas Integrativas e Complementares (CAMPOS et al., 2001).

Em seu estudo sobre o perfil de usuários da Medicina alternativa e complementar (MAC) da população de Juiz de Fora - MG, Chehuen Neto e colaboradores (2010) apontam um aumento de mais de 38% com relação à busca sobre informações dessas práticas junto a um profissional de saúde. No mesmo estudo, o autor aponta que 91,10% dos entrevistados seriam adeptos a tratamento por PICs perante uma possível prescrição médica, no entanto, a proporção de usuários que fazem uso de PICs foi de 69,9% dos entrevistados (CHEHUEN NETO et al., 2010).

Neste contexto, é necessário que a equipe de saúde tenha condições de identificar as necessidades de saúde da população, intervindo através das práticas e

saberes em Saúde Coletiva visando atender às necessidades sociais no âmbito da atenção primária.

Além disso, o uso de alguns medicamentos alopáticos juntamente com a utilização de PICs pode alterar o sistema metabólico, e conseqüentemente propiciar interações medicamentosas e/ou toxicidade, de forma que é imprescindível o profissional de saúde estar capacitado para reconhecer e intervir nessa situação. A incorporação das PICs exige nova postura profissional frente aos usuários e suas práticas cotidianas, redefinindo a finalidade do processo de trabalho e reconhecendo o usuário como participante ativo em seu processo terapêutico

Os sociólogos Broom e Adams acrescentam:

A educação de médicos praticantes convencionais em relação à MAC (Medicina Alternativa e Complementar), está em sua infância, e muito trabalho é necessário antes que a MAC possa ser incluída como um elemento significativo e útil no ensino de graduação em medicina. Em um contexto de Saúde cada vez mais plural, estudantes de medicina e praticantes precisam receber a base de conhecimento necessária que lhes permita dialogar com pacientes sobre a MAC (BROOM; ADAMS, 2013, p. 150-151).

Portanto, existe a necessidade de mudança dos modelos de formação profissional na saúde a partir do compromisso social, diante do ideário do SUS e de seus usuários, principalmente no que tange a capacitação para atuar na Atenção Primária à Saúde. Não podemos ignorar o fato de que faltam profissionais capacitados para o desenvolvimento dessas ações, sendo que não basta a população ter acesso às PICs, é imprescindível que tenha acesso a um profissional capaz de atender a essa demanda (FONTANELLA et al., 2007).

Embora essa temática faça parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, os estudos publicados nessa área ainda são escassos. A OMS indica como grandes desafios à realização de estudos de custo efetividade, assim como de segurança, eficácia e qualidade dessas práticas, além de pesquisas que estabeleçam as situações clínicas nas quais as PICs possam ser utilizadas (TEIXEIRA, 2014).

A literatura ainda acrescenta que a acupuntura e a homeopatia têm maior oferta no setor privado se comparada com o setor público, considerando tanto o atendimento e execução quanto a formação acadêmica. Ocorre atualmente um

processo de mercantilização e de elitização da oferta das PICs decorrente de sua presença no setor de saúde privado e liberal (TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008; TESSER; LUZ, 2008).

Apesar de todos os obstáculos, as publicações nacionais apresentam a utilização de PICs para diversas patologias, desde para os tratamentos de transtorno mental, doenças respiratórias, hipertensão, doenças crônicas, profilaxia de dengue e ansiedade, até a utilização para tratamento de leishmaniose tegumentar americana (SANTOS et al., 2012; FLEITH et al., 2008, GALHARDI; BARROS, 2008; MOREIRA, 2001).

Cabe ressaltar que embora haja uma definição e reconhecimento dessas práticas com base na PNPIC, ainda se encontra registros sobre outras atividades erroneamente consideradas como tal. Isso se deve ao fato de que há uma lacuna na compreensão do que realmente são práticas Integrativas por parte da população, dos profissionais de saúde e de pesquisadores acerca de sua definição, sendo considerada por PICs toda a terapêutica que não é convencional (FIGUEIREDO; MACHADO, 2011; RODRIGUES–NETO et al., 2010; RODRIGUES–NETO et al., 2009; FONTANELLA et al. 2007).

Dados da literatura sugerem que o uso de PICs pela população geralmente é omitido durante consultas médicas e de enfermagem. Os pesquisadores também afirmam que o profissional de saúde não tem o hábito de levantar tal questionamento em sua anamnese, o que pode levar a consequências sérias, em especial as relacionadas com interações medicamentosas (REIS, et al., 2014; TEIXEIRA; SANTOS, 2011; LEAL et al., 2008; FUKUMASU, et al., 2008; NICOLETTI, et al., 2007).

Diante disso, vemos a necessidade de se investir mais em pesquisas que possam assegurar o uso dessas práticas e também na formação multiprofissional, especialmente em universidades públicas que contemplem discussões sobre PICs, a fim de preparar os profissionais de saúde para a demanda que ressurgirá.

8 AS TERAPÊUTICAS CONTEMPLADAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: UMA BREVE DISCUSSÃO

O número de Práticas Integrativas e Complementares no mundo é amplo, sendo algumas de tradição milenar e outras mais recentes. Em meio à essas práticas, temos aquelas que apresentam sua evidência comprovada frente ao cientificismo vigente, enquanto outras ainda permanecem às margens da ciência.

Em seu livro “Práticas Integrativas Não Convencionais em Saúde Brasileira”, Teixeira (2014) aponta e discorre sobre mais de 200 Práticas Integrativas e Complementares (TEIXEIRA, 2014).

Frente ao vasto quantitativo de PICs encontradas, um diagnóstico situacional foi realizado a fim de direcionar a elaboração da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Nesse diagnóstico, foi constatado que as principais práticas utilizadas no Brasil são, nessa ordem, Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006a).

Após tramitação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2005, a proposta política recebeu recomendações para restrições ao conteúdo do parecer técnico para a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e ao nome da Política - anteriormente chamada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Nessa mesma oportunidade, o CNS recomendou a inclusão da prática do Termalismo Social/Crenoterapia, decisão influenciada pelo resultado do relatório do Grupo das Águas do CNS (BRASIL, 2006a).

Outro ponto relevante e que nos cabe ressaltar é a situação da Medicina Antroposófica, que mesmo com participação de representantes dessa área nos três anos de discussões e debates para a construção da PNPIC, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 13 de dezembro de 2005 na forma de Observatório de Saúde, não foi incluída na Portaria número 971/ 2006.

Após intensa argumentação com o Ministério da Saúde, a ABMA enfim consegue a inclusão de MA na PNPIC, ainda em 2006, por meio da Portaria 1600/2006, que, apenas, aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012d; ABMA, 2006, BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006e).

A justificativa pela escolha de quais PICs que iriam compor a política nacional se faz presente na seguinte colocação:

A partir das experiências existentes, esta Política Nacional define as abordagens da PNPIC no SUS, tendo em conta também a crescente legitimação destas por parte da sociedade. Um reflexo desse processo é a demanda pela sua efetiva incorporação ao SUS (...) (BRASIL, 2006a, p. 4).

Dessa forma, as Práticas Integrativas e Complementares contempladas pela PNPIC são Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia (BRASIL, 2006a).

8.1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA – ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) chegou ao Ocidente a partir da década de 60. Mas apenas na década de 80, com o progresso de movimentos que incluíam práticas não convencionais em saúde no Brasil, foi que ocorreu uma maior procura por essa terapêutica. Frente à abordagem do pensamento chinês sobre o processo saúde doença e sua forma de intervenção, os pesquisadores se depararam com a necessidade de investigar o mecanismo de ação e buscar novas evidências para a validação dessa terapêutica. Desde então, a Medicina Tradicional Chinesa se faz presente de forma significativa (MINAS GERAIS, 2013a; MINAS GERAIS, 2009; MORAES, 2007, LUZ, 2005).

Moraes (2007) apresenta divergências fundamentais entre a biomedicina e a medicina tradicional chinesa. Entre elas, destacamos que a medicina ocidental científica visualiza o corpo como um “quebra-cabeça”, cujo objetivo é a eliminação da doença, compreendida como um agente externo hostil, sem relação com o indivíduo acometido. Já a MTC, defende o corpo como uma unidade biopsicoespiritual, integrada a um ambiente natural, social e cósmico, sendo a saúde resultado dessa união e a doença, falta de ordem (MORAES, 2007).

Quanto ao diagnóstico e tratamento, a medicina vigente focaliza a doença, fazendo com que o indivíduo assuma uma postura passiva frente à sua terapêutica,

já que a doença se encontra “fora” dele. Em contra partida, a racionalidade médica⁴ chinesa age sobre o indivíduo, que se apresenta ativo, na medida em que a doença é vista como um desequilíbrio no qual ele poderá intervir e auxiliar efetivamente na correção à luz da correspondência simbólica.

Luz (2005) corrobora com essa linha de pensamento ao afirmar que a medicina convencional supervaloriza os diagnósticos pontuais, em especial aqueles em que se aplica tecnologia dura. Dessa forma, a identificação da doença acaba por sobressair em relação à situação de sofrimento do indivíduo (LUZ, 2005).

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é baseada na mitologia do pensamento Taoista e da China Antiga há mais de cinco mil anos. O Taoismo defende a integralidade e unidade do todo, em que tudo que constitui o Universo, incluindo o ser humano, faz parte de um todo chamado TAO. Dessa forma, equilíbrio e energia são essenciais à manutenção do Universo (SILVA, 2007; MINAS GERAIS, 2013a).

Nas palavras de Silva (2007):

Como se pode ver, a Medicina tradicional chinesa, em particular, a acupuntura, percebe o ser humano como uma unidade menor (microcosmos) dentro de uma unidade maior (macrocosmos), sendo um influenciado pelo outro, e vice-versa, no qual o primeiro faz parte incondicional do segundo e contribui para a evolução do todo (SILVA, 2007, p.422).

Esta prática trabalha com duas forças ou princípios fundamentais que dividem o mundo em duas energias: yin (estrutura material, na cor preta) e yang (atividade funcional/energética, na cor branca), que devem estar em equilíbrio para que haja saúde. Considera também que a natureza é composta pelos elementos que representam cinco estados de transformação (madeira, fogo, terra, metal e água) que correspondem a determinados órgãos. Os elementos são interligados através

⁴ O conceito de racionalidade médica é definido como todo o sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (previamente definida como “anatomia”), uma dinâmica vital (previamente definida como “fisiologia”), uma doutrina médica (que define o que é estar doente ou sadio, o que é tratável ou curável, como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Posteriormente foi acrescentada a dimensão cosmologia, como fundamento das outras cinco dimensões (LUZ, 2012; LUZ, 2005).

de ciclos energéticos que em caso de desequilíbrio retratam sinais e sintomas de doenças (MINAS GERAIS, 2013a).

A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais (PEPIC/MG) (2009) aponta que a MTC utiliza uma linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e valoriza a interrelação harmônica entre as partes. A MTC lança mão de elementos como a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (MINAS GERAIS, 2009)

A MTC objetiva reestabelecer o fluxo da energia vital pelo organismo, e para isso, utiliza vários recursos, tais como a acupuntura, Maxobustão, Fitoterapia Chinesa, a dietética, ventosas, magnetos, sangrias, microssistemas (mãos e pés), acupressão, entre outras, além das práticas corporais lian gong, chi gong, tuina e tai-chi-chuan (MINAS GERAIS, 2013a, MINAS GERAIS, 2009; BRASIL, 2006a).

Destacamos ainda que diante de tamanha complexidade e para melhor compreensão dessa terapêutica é necessário maior aprofundamento e divulgação de estudos. Nesse contexto, o legendário Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo (Huang Ti Nei Ching ou Nei Jing), se faz um livro de cabeceira para consulta de todo o conhecimento, teoria e prática da MTC (SILVA, 2007).

8.1.1 Acupuntura

Entre as diversas práticas da Medicina Tradicional Chinesa, a Acupuntura ganha destaque na PNPIC, sendo considerada como um dos principais métodos terapêuticos da MTC (MINAS GERAIS, 2013a).

A palavra acupuntura, introduzida no ocidente pelos jesuítas ao retornarem da China, provém do latim em que *acus* significa agulha e *punctura*, picar. Consiste, portanto, em introduzir agulhas em pontos especiais da pele (acupontos), a fim de se obter uma resposta terapêutica bem determinada (ROCHA et al., s/d).

A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares Minas Gerais (PEPIC/MG) define acupuntura da seguinte forma:

Acupuntura se define como um método terapêutico cujo território é o sistema nervoso e a resposta imunitária visando a produzir mudanças funcionais de repercussão local e/ou sistêmica, com os objetivos de

restaurar a normalidade fisiológica e produzir analgesia nas condições dolorosas. Fundamenta-se em dados biológicos – anatômicos, fisiológicos e fisiopatológicos, assim como nas melhores evidências científicas disponíveis (MINAS GERAIS, 2009, p.17).

Nessa Terapêutica, a saúde é compreendida como um estado de equilíbrio dinâmico com um sistema de regulação que visa a harmonia das funções vitais. Essa técnica é baseada na Teoria dos meridianos, descritos como canais por onde circula a energia do corpo.

Busca-se estimular o organismo através de uma relação equilibrada entre o micro e macrocosmo ao invés de combater a doença, que é um processo natural do fluxo da vida, assim como o envelhecimento e a morte (MORAES, 2007, p. 63).

A acupuntura faz parte das terapias que compõem a milenar Medicina Tradicional Chinesa. Embora a acupuntura tenha chegado ao Brasil, no início do século XX através de imigrantes orientais, estes não possuíam nenhuma formação em curso superior nos seus países de origem. Nesse contexto, a acupuntura era exercida de forma parcial e limitada, embasada apenas por uma noção popular e rudimentar de tratamento de algumas situações simples de adoecimento, associada ao charlatanismo (MORAES, 2007).

Em 1972 o Conselho Federal de Medicina (CFM) chegou a estabelecer normativamente que a acupuntura não era considerada especialidade médica (BRASIL, 1972).

Todavia, a acupuntura ganhou adeptos e passou a ter sua eficácia reconhecida pela opinião pública em geral. Esta terapêutica foi introduzida no meio médico há cerca de 40 anos com o início do interesse e da prática dos primeiros profissionais de saúde, até então em número muito reduzido, já em meados da década 1970 (MINAS GERAIS, 2013a; ROCHA et al., s.d).

Com o avançar dos estudos e maior credibilidade, a acupuntura foi, enfim, formalmente reconhecida por diversos conselhos profissionais da área de saúde, sendo que o primeiro foi o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapias Ocupacionais, em 1985 (BRASIL 1985; SANTOS et al., 2009). O mais recente foi o

Conselho Federal de Medicina que estabelece, a acupuntura como especialidade médica através da Resolução CFM nº 1455, de 11 de agosto de 1995, sem, contudo, revogar a resolução que afirmava que esta não se tratava de especialidade médica (BRASIL, 1995). Essa revogação ocorreu somente em 2003 mediante a publicação da Resolução CFM nº 1666, de 7 de maio (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, se faz presente uma densa discussão sobre a qual categoria profissional cabe a aplicação da acupuntura. Contudo, o mais preocupante é o desconhecimento legal acerca do que rege a execução da acupuntura, inclusive entre os próprios profissionais, como observado também na prática.

Essa discussão se arrasta desde 2001 quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) juntamente com o Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura pediu à Justiça a anulação de resoluções que autorizavam enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas a praticar acupuntura, com o intuito de reservar aos médicos o direito exclusivo de realizar essa prática. O CFM defende que a acupuntura é usada para tratar dores que precisam ser diagnosticadas, atividade exclusiva dos médicos.

Esse período foi marcado por intensas discussões no meio intelectual, sendo que diversos Conselhos se posicionaram, manifestando apoio à multiprofissionalidade na execução da acupuntura. Em primeira instância, a justiça decidiu à favor do CFM. Contudo, após os demais conselhos recorrerem à decisão, o tribunal Regional Federal da 4ª Região atestou a multiprofissionalidade da acupuntura, ao alegar que:

- 1) A Portaria que regulamenta a PNPIC não viola Art. 22, XVI da constituição Federal;
- 2) Uma vez que as PICs contempladas pela PNPIC não substitui as práticas da medicina alopática, não se evidencia nenhum prejuízo a categoria médica. (BRASIL, 2013a).

Ainda nesse contexto, cabe lembrarmos que, em 2013, o processo de regulamentação do exercício profissional Médico recebeu alguns vetos pela Presidenta da República e pelo Congresso Nacional em diversos pontos conflitantes, em destaque aqueles que tangem o exercício da acupuntura por diversas categorias profissionais - os incisos I e II do §4º do art. 4º, que tratam dos atos privativos do profissional médico, transcritos abaixo:

I – invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos; II – invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos; (SENADO FEDERAL, 2002, p3-4).

A justificativa para os vetos alega pouca especificidade e imprecisão ao caracterizar procedimentos invasivos. Além disso, acrescenta que o documento atribui privativamente ao médico um rol de procedimentos já consagrados no SUS sob a perspectiva multiprofissional. Especificamente quanto à acupuntura, a presidenta acrescenta que a execução privativamente médica dessa prática restringe as possibilidades de atenção à saúde e contraria a PNPIC (BRASIL, 2013c).

O CNS afirma que, nos últimos 26 anos o uso da acupuntura no Brasil enquanto recurso terapêutico segue a legislação sanitária e é regulamentado e fiscalizado pelos conselhos profissionais. A prática e a respectiva especialização profissional são reconhecidas por esses conselhos sendo estabelecidas, por meio de resoluções específicas, visando garantir à população um tratamento ético e responsável. Nesse contexto, esta prática está respaldada com segurança e eficácia. O CNS recomenda ainda que essas informações sejam amplamente divulgadas a fim de informar corretamente a população sobre o caráter multiprofissional da acupuntura e assim ampliar o acesso a esta prática (BRASIL, 2012c).

Em nota referente a uma solicitação de posicionamento sobre a prática da acupuntura, o Ministério da Saúde concluiu:

Diante do exposto, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria e Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que coordena a PNPIC, não vislumbra razões e/ou impedimentos legais quanto à atuação de profissionais de saúde de diferentes profissões no uso da acupuntura, bem como para os demais recursos da MTC voltados ao cuidado da população (BRASIL, 2013a, p.3).

Apesar de a acupuntura estar largamente difundida no Brasil e contar com a credibilidade de outros profissionais de saúde e cidadãos de diferentes níveis socioeconômicos, a profissão de acupunturista ainda não foi regulamentada, sendo

que tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 1549/2003, estando, portanto, de livre exercício. Por outro lado, ela faz parte da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO em quatro distintas modalidades, a saber: 1) acupunturista, 2) fisioterapeuta acupunturista, 3) médico acupunturista 4) psicólogo acupunturista (PROJETO DE LEI Nº 1549/2003).

Em seu estudo, Sousa e colaboradores (2009) apontam que no ano de 2007, 41 das 112 cidades que tiveram registros de consultas em acupuntura no SUS o faziam por meio de profissionais não médicos, o que tem reforçado a implantação da PNPIC em todo o país. Contudo, estas cidades representam apenas 2% dos municípios, o que leva os autores a inferirem sobre a necessidade de capilarização das consultas em acupuntura na rede pública de serviços de saúde. Os autores ainda acrescentam que outro importante instrumento para a inserção dos profissionais não médicos especialistas em acupuntura no SUS é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SOUSA et al., 2009).

A Portaria nº 971, do Ministério da Saúde, de 03 de maio de 2006, que aprova a PNPIC no SUS, define acupuntura como tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), racionalidade médica 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, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2006b).

Contudo, à medida que a acupuntura ultrapassa muros e se coloca cada vez mais presente na vida das pessoas, esta também incorpora novos saberes e práticas que, em alguns casos, vão de encontro à sua diretriz principal: a visão do indivíduo como corpo/mente/alma, passando a ser executada, sobretudo, nos moldes fragmentados da biomedicina, que atende a uma demanda mercantilizada.

Quando a acupuntura é reduzida à técnica de introdução de agulhas, as características da biomedicina se exaltam, havendo a separação do sujeito e objeto, sendo que o quadro individual de desequilíbrio é suprimido por tratamentos fragmentados em especialização por área, como por exemplo, a neuroacupuntura, acupuntura para enfermidades cardíacas, acupuntura para dores musculares, acupuntura estética, entre outras (MORAES, 2007).

Moraes (2007) afirma que:

(...) a acupuntura atualmente ganhou status de ciência e está sendo utilizada como técnica auxiliar de tratamento, tanto em consultórios médicos particulares como na rede pública de saúde. Acompanhando o processo de legitimação na sociedade brasileira, podemos perceber uma drástica modificação na postura da corporação médica, que até cerca de trinta anos atrás combatia a acupuntura, considerada mágico-religiosa ou até charlatanismo, e atualmente pretende restringir legalmente sua utilização por profissionais sem formação em medicina. Essa mudança teve reflexos na sociedade brasileira e contribuiu para popularização de uma acupuntura reduzida a instrumento de combate às dores (MORAES, 2007, p. 14).

Por fim, se observa o crescimento do número de publicações à respeito do uso da acupuntura como terapêutica complementar no tratamento de diversas doenças, atuando na recuperação de equilíbrios orgânicos, do bem-estar e principalmente da saúde emocional. Ainda assim é necessário que se aumente a Prática da acupuntura no país a fim de atingir uma parcela maior da população. Cabe ainda ressaltar que a divulgação, inclusive através dos veículos de comunicação em massa, da multiprofissionalidade na acupuntura faz-se imperiosa nesse momento.

8.2 HOMEOPATIA

A homeopatia é uma forma de terapia, baseada na Lei da Similitude onde "similar cura similar" fundamentada em um sistema médico complexo, de caráter holístico e vitalista, cujo tratamento utiliza substâncias altamente diluídas que causam, em pacientes sãos, sintomas como aqueles das doenças que se deseja tratar (MINAS GERAIS, 2009; BRASIL, 2006a; CORREA et al., 2006).

O início da homeopatia data do ano de 1796, quando Christian Frederich Samuel Hahnemann (1755-1843), pesquisa a "lei dos semelhantes", culminando no "Ensaio sobre um novo princípio para averiguar os poderes curativos das substâncias medicinais" e seu consequente retorno à medicina aplicando suas novas ideias ao tratamento de seus pacientes (MINAS GERAIS, 2013b).

Embora Hahnemann desconhecesse a Teoria Biologicista de causalidade das doenças infectocontagiosas, ele observou que o organismo era formado por uma

unidade composta por corpo, mente e consciência. Sendo que um indivíduo saudável deve manter suas funções orgânicas em equilíbrio harmônico, uma vez perdida essa harmonia, o indivíduo se torna doente. Ao sistematizar a homeopatia, Hahnemann chamou essa propriedade de princípio, força ou energia vital, que possibilitaria ao organismo o estabelecimento de reações aos variados estímulos ambientais (CORREA et al., 2006; MINAS GERAIS, 2009).

A prática da homeopatia chegou ao Brasil em 1840, pelas mãos do médico francês Dr. Benoit Jules Mure. Justo e Gomes (2007) destacam a fundação do Instituto Homeopático do Brasil e a Escola de Homeopatia no Rio de Janeiro pelo Doutor Mure além da introdução dessa terapêutica na Bahia e em Pernambuco por seu amigo e médico João Vicente Martins como ações relevantes para implantação e expansão da homeopatia no cenário nacional de saúde (JUSTO; GOMES, 2007).

Contudo, passou mais de um século, marcado por polêmicas com a medicina “oficial”, para que surgissem leis específicas como a aprovação da primeira edição da farmacopéia homeopática brasileira, em 1965, revista e ampliada em 1997, completando a oficialização da produção, fiscalização e profissionalização da farmácia homeopática no Brasil.

Na área médica, a homeopatia foi oficializada através da fundação da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB), que reconhecia essa terapêutica como sendo especialidade médica em 1979 e 1980 foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina. Esses acontecimentos ajudaram para que a Terapêutica homeopática fosse incorporada no setor público, em 1985.

Dois eventos contribuíram para a consolidação da homeopatia no Brasil: sua inserção nos próprios serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, em suas resoluções finais, destaca o direito de o usuário escolher a homeopatia entre as terapêuticas com que deseja se tratar (JUSTO; GOMES, 2007).

Antes da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a homeopatia já era oferecida em alguns serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas. A normatização para o atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde veio em 1988 pela Resolução nº4/88, estabelecida pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) e sua inserção na Tabela SIA/SUS ocorreu em 1999.

Em relação a sua inserção no SUS segundo dados do Diagnóstico Situacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS a homeopatia está presente em 20 estados, 16 capitais, 158 municípios, com 457 profissionais médicos homeopatas registrados. No que diz respeito à formação profissional existem cursos de especialistas em homeopatia em 12 unidades da federação aprovados pela Comissão Nacional de Residência Médica e está presente em 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência (BRASIL, 2006a).

Algumas características da homeopatia são tidas como responsáveis para o uso dessa prática, como a perspectiva holística em que se baseia, o uso de medicamentos naturais, o tempo prolongado da consulta, a escuta atenta do paciente por parte do profissional de saúde, além do nível de detalhamento das informações e visão da totalidade (GALHARDI; BARROS, 2008; MONTEIRO; IRIART, 2007).

Estudos apontam que a principal motivação para procura da homeopatia diz respeito ao insucesso de práticas alopáticas sendo sua demanda maior pela população feminina e para tratamentos de transtorno mental, doenças respiratórias, hipertensão e outras doenças crônicas além de uso profilático para dengue (SANTOS, 2012; FLEITH et al., 2008; MONTEIRO; IRIART, 2007).

A seguir, um trecho de autoria de Justo e Gomes (2007) sobre vantagens da consulta homeopática em relação à medicina convencional:

Deve-se considerar que a consulta homeopática exige maior tempo do médico no atendimento ao paciente, pois a escolha do medicamento depende de uma abordagem integral da pessoa que está doente e requer tempo. Em um sistema de assistência médica em que a quantidade de pacientes atendidos é critério de produtividade, o atendimento homeopático é desfavoravelmente avaliado. O cálculo poderia ser facilmente modificado se fosse levado em conta que, no contexto da medicina convencional, a rapidez da consulta acaba acarretando maior quantidade de exames complementares para a realização do diagnóstico, muitas vezes encarecendo o ato médico. No atendimento homeopático, ao contrário, reduz-se o número de exames complementares, uma vez que a consulta prioriza a relação médico-paciente no tempo e na abordagem (JUSTO; GOMES, 2007, p. 1166).

A Homeopatia apresenta diversas aplicações que são empregadas de maneira individual, respeitando a particularidade de cada indivíduo. Para uma

mesma doença, os vários pacientes receberão medicamentos diferentes. Isso se deve a avaliação integral a qual o indivíduo é submetido, levando-se em conta seus aspectos biológico, psicológico e social e por consequência, a individualização do tratamento. Por isso se diz que “a homeopatia não trata doenças, mas, doentes” (MINAS GERAIS, 2013b, p.8).

As doenças funcionais e as crônicas, assim como os pacientes poliqueixosos ou alérgicos, são altamente indicados ao tratamento homeopático, pois têm pobres resultados com a medicina convencional e a homeopatia vai atuar justamente na causalidade profunda dessas doenças, atuando de forma psicossomática. A homeopatia tem sido utilizada em bebês, crianças, adultos, animais de pequeno ou grande porte (MINAS GERAIS, 2013b, p. 10).

Os medicamentos homeopáticos advêm de três reinos da natureza: Mineral, Vegetal e Animal. As substâncias são diluídas e submetidas a um processo farmacêutico especial denominado dinamização, liberando energia curativa. Podem ser preparados em glóbulos, pós ou fórmulas líquidas (MINAS GERAIS, 2013b).

A OMS (2009) aconselha os seus estados membros a regular a Homeopatia de forma a garantir a inocuidade dos produtos que são comercializados sem prescrição médica. Ela reconhece que, apesar de se verificar um aumento da utilização de produtos homeopáticos, são poucos os estados com regulamentação aplicável. Segundo esta organização, é necessário desmistificar a ideia de que não existem riscos na administração de produtos homeopáticos devido às altas diluições (OMS, 2009).

O medicamento homeopático não promove a cura por si só, mas causa uma “doença medicamentosa”, em que retira o organismo de sua homeostase através de estímulos fazendo com que o próprio organismo busque o retorno da saúde através da restauração da homeostase alterada. Ideia semelhante é utilizada quando se faz uso de vacinas, que contém agente capaz de produzir determinada doença, devidamente diluído ou modificado, de forma que este estimule as defesas do organismo contra a doença em questão (MINAS GERAIS, 2013b).

Em suma, a anamnese homeopática deve ser bem detalhada, o que demanda maior dedicação e tempo. O médico homeopata deve ter capacidade de ouvir para melhor selecionar o que deve ser curado, e o paciente, auto-observação para expor

aspectos importantes de seu modo de ser e viver. Isso acarreta uma relação médico-paciente sólida e qualificada. Partindo dos diagnósticos nosológicos e etiológicos (comuns a qualquer área) o médico segue pelo diagnóstico biopatográfico, que consiste na história pregressa de doenças e sua evolução, particularizando os sintomas (MINAS GERAIS, 2013b; THOMAZ, 2009).

Além disso, avalia a constituição física e miasmática, ou seja, a sintomatologia que antecede e acompanha o adoecimento orgânico e que predispõe o organismo a adoecer de forma peculiar a cada ser. Por fim, chega à etapa medicamentosa em que o conhecimento das doenças e suas manifestações como pressuposto para tratá-las se faz fundamental (MINAS GERAIS, 2013b).

Luz (2005) expõe que o conhecimento da clínica moderna é regido pela morte, já que seu saber advém da observação anatomopatológica, somada a significância causal da doença e sua origem espaçotemporal. Em contra partida, outras racionalidades médicas, e a autora destaca a homeopatia, se dedicam ao ser desequilibrado, ou seja, doente, visando restabelecer a energia da vida – curar. (LUZ, 2005).

8.3 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Desde os primórdios da humanidade, o homem já buscava na natureza as soluções para os diversos males que o acometia, fossem esses de ordem espiritual ou física (MORAES, 2005; DUNIAU, 2003).

No Brasil, o conhecimento, a manipulação e a utilização de plantas medicinais tiveram seus primeiros registros históricos junto aos diários dos naturalistas que acompanharam as expedições exploratórias às terras do Novo Mundo. O uso de plantas por culturas diferentes daquelas existentes na Europa também aparecem em anotações feitas por colonizadores, comerciantes, missionários, antropólogos e botânicos (DAVIS, 1995, apud VIDAL, 2010).

Contudo, durante o período de pós-guerra, o desenvolvimento de medicamentos sintéticos e a decorrente difusão da medicina alopática, fez com que o conhecimento, as terapêuticas e práticas de origem popular, entre elas o uso de

plantas medicinais, fossem marginalizados por não terem base científica concreta (SILVA, 2012; ALVIM et al., 2006).

Por outro lado, a partir dos anos 80 e 90 o uso terapêutico das plantas medicinais, volta a ser estudado e discutido no meio científico, engendrado às várias mudanças advindas do momento político, econômico e também da saúde, mas não no sentido de contraporem às alopáticas, sobretudo de atuarem como complementares às práticas de saúde vigentes (SALLES et al., 2011; ALVIM, et al., 2006).

Há de se considerar a diferença entre fitoterápicos e plantas medicinais. A Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) (2014) define as plantas medicinais como espécie vegetal, cultivada ou não capaz de aliviar ou curar enfermidades e que têm tradição de uso como remédio em uma população ou comunidade. Para usá-las, é preciso conhecer a planta e saber onde colher e como prepará-la. A partir do momento em que a planta medicinal é industrializada para se obter um medicamento, tem-se como resultado o fitoterápico.

Fitoterápico: produto obtido de matéria-prima ativa vegetal, exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa, incluindo medicamento fitoterápico e produto tradicional fitoterápico, podendo ser simples, quando o ativo é proveniente de uma única espécie vegetal medicinal, ou composto, quando o ativo é proveniente de mais de uma espécie vegetal (BRASIL, 2014, p.3).

Segundo a RDC nº 26, de 13 de maio de 2014 que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos, os medicamentos fitoterápicos são passíveis de registro e os produtos tradicionais fitoterápicos são passíveis de registro ou notificação. Já as plantas medicinais sob a forma de droga vegetal, serão dispensadas de registro, devendo ser notificadas, conforme previsto no Art. 22 do Decreto nº 8.077, de 14 de agosto de 2013. Sendo assim, as plantas medicinais podem ser comercializadas no Brasil em farmácias e ervanárias, desde que não apresentem indicações terapêuticas definidas, seja feito um acondicionamento adequado e declarada sua classificação botânica (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013d).

O Ministério da Saúde (MS) tem expressado sua posição quanto à necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, baseando que 80% da população mundial utiliza estas plantas ou suas preparações amplamente na rede primária de saúde (SANTOS et al., 2011; BASTOS; LOPES, 2010; BRASIL, 2006a).

No ano de 1998 foi aprovado a Política Nacional de Medicamentos através da Portaria nº 3916, que estabelece a expansão do apoio às pesquisas destinadas a fitoterápicos, visando o potencial terapêutico da flora e fauna nacionais ((MINAS GERAIS 2013c; MARTINS-RAMOS et al., 2010; MINAS GERAIS 2009; BRASIL, 2006a, BRASIL, 1998).

Atendendo as orientações da OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e considerando que o Brasil possui a maior biodiversidade do planeta, associada a uma rica diversidade étnica e cultural detentora de vasto conhecimento tradicional relacionado ao uso de plantas medicinais, o Ministério da Saúde cria, em 2006, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos. Esta política, aprovada pelo Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006, visa garantir à população brasileira acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento cadeia produtiva e indústria nacional (BRASIL, 2006d; BRASIL, 2006e).

Frente a diversidade de plantas da flora brasileira, existe uma preocupação por parte do MS com o uso inadequado das plantas e por isso é necessário o desenvolvimento de políticas que associem o avanço tecnológico ao conhecimento popular, voltado para menor dependência em relação a indústria farmacêutica, visando uma implementação em massa na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente na ESF (SANTOS et al., 2011) .

O Ministério da Saúde passou a financiar os fitoterápicos industrializados na rede pública de saúde a partir de 2007, quando os incluiu na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), com vistas a estruturar e fortalecer o uso de fitoterapia na APS, ampliando o acesso da população à essa terapêutica no SUS.

Com isso, é aberto o espaço para um crescente número de estudos que se preocupam com o conhecimento, aceitação e acesso da população às PICs e revelam resultados positivos quanto a isso (SOUSA et al., 2012; SARAIVA et al., 2011; SANTOS et al., 2011; RODRIGUES-NETO et al., 2010; PARANAGUÁ et al.,

2009; RODRIGUES-NETO et al., 2008; FONTANELLA et al., 2007). Entretanto, esses estudos alertam para o uso cauteloso tanto das plantas medicinais quanto dos fitoterápicos, já que ambos possuem compostos químicos que podem interagir com outros medicamentos, o que também pode promover a diminuição dos efeitos ou provocar reações indesejadas.

Uma vez que a maioria das pessoas conhece essa prática através de amigos, vizinhos e parentes, estas podem ter sofrido interferências ao passar de uma pessoa para outra, podendo levar de uma simples alergia a casos mais graves, podendo ser fatal (ROSA et al., 2012; CHEHUEN NETO et al., 2010; MACEDO et al., 2007; ALVES; SILVA, 2003) .

Nesse contexto, outros estudos se preocupam em comprovar o efeito medicamentoso, toxicológico dos medicamentos fitoterápico e plantas medicinais e os riscos da interação medicamentosa, por exemplo, entre um medicamento fitoterápico e outro alopático. Esses estudos se justificam na medida em que a maioria dos pacientes que utilizam essa prática integrativa associada à medicação alopática não comunicam ao profissional de saúde, e quando o fazem, faltam informações sobre as (possíveis) interações. (NAGAI; QUEROZ, 2011; GASPARETTO et al., 2010; PUPPO; SILVA, 2008).

O uso de Plantas Medicinais é apontado como mais econômico se comparado à alopatia, voltado para a população de baixa renda, o que facilita sua aquisição por todas as classes sociais. Contudo, existe o questionamento em relação a qualidade das plantas usadas nessa prática uma vez que estas apresentam baixo custo (SOUSA et al., 2012; SANTOS et al., 2011).

Tanto na literatura como na prática é observada baixa fiscalização e controle de qualidade na comercialização de plantas medicinais em mercados e feiras livres (ROCHA et al., 2004). Contudo, outros estudos mostram a preocupação com a uniformidade e qualidade das plantas medicinais para consumo (BETTEGA et al., 2011).

Além disso, a expansão dessa prática aumentaria a demanda no cultivo de plantas medicinais e processamento dos fitoterápicos, gerando emprego e renda, levando a maior movimentação econômica (MINAS GERAIS, 2013c).

No entanto, o que se observa diante de tamanha atenção voltada para plantas medicinais e fitoterapia é um descompasso entre as normatizações, os estudos e a sua aplicação prática no meio social.

8.4 TERMALISMO - CRENOTERAPIA

O termalismo é ofertado, desde o início do século XX, por países europeus como Alemanha, Itália, França, Espanha, Hungria e outros, à pessoas idosas através de estabelecimentos termais especializados, cujo propósito é possibilitar o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais tanto para recuperação, tratamento quanto para promoção da saúde (SOLIMENE, 2009; PREFEITURA DE RIBEIRÃO PRETO, s.d.)

Essa prática emprega Águas Minerais para tratamento de saúde, sendo um dos procedimentos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi delineado por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal (MINAS GERAIS, 2009; MINAS GERAIS, 2013d; BRASIL, 2006a).

Termalismo é compreendido como conjunto de atividades terapêuticas desenvolvido no espaço de um estabelecimento balnear e que tem como agente terapêutico a água termal que atende principalmente queixas de doenças crônicas e se destaca como um coadjuvante influente no combate às doenças ligadas ao estresse e na promoção/manutenção da saúde (MINAS GERAIS, 2013d; QUINTELA, 2004).

Já a Crenoterapia, consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde (MINAS GERAIS, 2009).

A água estimula reações circulatórias, nervosas e térmicas no organismo através da energia que retira do contato com o sol, a terra, o ar e as rochas, podendo ser empregado na cura de nervos, doenças de pele, bronquite, e os reumatismos (QUINTELA, 2004).

O mecanismo de ação dessa terapêutica ainda não está claro, mas considera-se que a melhora do paciente se baseie na vasodilatação periférica pelas imersões em águas minerais quentes, restabelecimento do equilíbrio ácido básico e mineral, ação sedativa levando a vasodilatação arterial e melhora da função cardiovascular, melhora da secreção gastropancreática, do peristaltismo intestinal, da função hepática com maior secreção de bile e da função renal como diurético. (MINAS GERAIS, 2009, MINAS GERAIS, 2013d).

Quintela (2004, p.241) afirma que a etnografia realizada por ela através de entrevistas com usuários e médicos em Portugal, mostrou que é frequente entre os usuários o comentário sobre quando questionam a respeito do uso dessa prática e os respectivos médicos respondem: “Pode ir! Se não fizer bem, mal também não faz”. Tal fato evidencia o desconhecimento e desdém por parte de alguns médicos em relação à essa especialidade médica (em Portugal), uma vez que essa prática também possui contraindicações.

Contudo, ao contrário do que se imagina, o emprego dessa prática possui restrições e contraindicações, por exemplo, a água mineral, não deve ser aplicada em doenças agudas ou durante a exacerbação de doenças crônicas. Há também casos em que, embora seu uso não seja contraindicado, o excesso em sua utilização, em especial na ingestão excessiva de água palatável, pode causar danos à saúde, assim como em banhos com imersão prolongada ou em altas temperaturas, ou ainda com maior concentração de minerais (SOLIMENE, 2008; MORALES, 2004).

Esse tema se fez presente em escolas médicas durante algumas décadas através de disciplina conceituada e valorizada, como no caso da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). No entanto, após a segunda guerra mundial, assim como as demais PICs, o campo sofreu relevante redução de produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no âmbito da medicina e da produção social da saúde como um todo. A partir da década de 90 a Medicina Termal se voltou para abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, agregando o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo objetivo é a busca e a manutenção da saúde (PREFEITURA DE RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

O Brasil possui uma gama de circuitos das Águas ou de Estâncias Hidrominerais, alguns com prestígio internacional, como é o caso do mais famoso das Águas carbogasosas de Caxambu, em Minas Gerais além de, São Lourenço, Cambuquira e Lambari; assim como o das Águas minerais Radioativas Sulfurosas de Araxá e Poços de Caldas, Pocinhos do Rio Verde e Patrocínio (LAZZERINI, 2009).

Contando com um dos maiores patrimônios natural da geodiversidade mundial, e recursos humanos ideais, o Brasil de faz local propício ao desenvolvimento do Termalismo/crenoterapia no SUS, sendo estratégico o fomento

em atividades relacionadas às estas riquezas naturais, devendo fazer parte de um enfoque multidisciplinar e de planejamentos governamentais; assim como a biodiversidade (LAZZERINI, 2009).

Não obstante o histórico de descaso político, econômico e acadêmico com as Estâncias Hidrominerais do Brasil, podemos afirmar que os últimos governos federais começam, paulatinamente, a se atentar para essa esfera. As resoluções de 1988 da CIPLAN contemplam o Termalismo, que se manteve ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais, como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais (BRASIL, 2006a).

Em 2004, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, que tem por objetivo discutir e apresentar subsídios à definição das ações governamentais que envolvam a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, fiscalização, controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área, se fez um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais (BRASIL, 2004).

Em 2006, foi aprovada a Portaria 971/2006 que considera, entre outras, que:

O Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b, p.1).

Atualmente esforços têm sido feitos para resgatar o uso destas práticas. Diversos setores da sociedade como Organizações Não Governamentais (ONGs), Governo Federal e Estadual, Sociedade Brasileira de Termalismo, universidades, indústrias de águas minerais estão envolvidos, a fim de reposicionar o Termalismo, bem como o turismo saúde que se forma ao entorno do mesmo (MINAS GERAIS, 2013d).

No entanto, o uso de Termalismo no Brasil não impõe a necessidade de indicação médica sendo que hoje tal disciplina é inexistente no currículo escolar das universidades de medicina. Muitas vezes é feito de maneira turística, tornando-se não apenas tratamento, mas também uma atividade econômica que envolve os

setores de turismo e hotelaria, muito interessados na comercialização desses serviços. A literatura apresenta certa pressão desses setores para que a prática seja mais turística do que curativa (QUINTELA, 2004).

Contudo, reconhecemos o acesso limitado à essa terapêutica por parte da população, seja por questões geográficas, seja por falta de conhecimento e consequente falta de indicação, pelo profissional de saúde.

8.5 MEDICINA ANTROPOSÓFICA

Os preceitos da Medicina Antroposófica (MA) surgiram na Europa, no final do século XIX, em oposição ao cientificismo materialista. Nos anos 20, a Dra. Ita Wegman procurou o filósofo Rudolf Steiner que lhe apresentou as bases do que viria a se tornar um movimento terapêutico derivado dos fundamentos da Antroposofia (MORAES, 2005; MINAS GERAIS, 2013e).

Moraes (2005) aponta que o primeiro passo para a difusão da medicina sob novas dimensões, a partir da Antroposofia, se deu a partir de palestras ministradas por Steiner:

Nessas conferências, Steiner abordou de modo basicamente fenomenológico, temas tais como: a evolução das noções médicas, metamorfose e processos vegetais, patologias, substâncias orgânicas, a relação entre tais substâncias e a natureza etc. Steiner enfatiza o treino médico para uma fenomenologia onde os fenômenos revelam-se expressão de um Todo Interconectado, vivo e animado. Para tanto, o médico não tem que se tornar um “receitador” deste ou daquele tipo de medicamento, para que, assim, se identifique com a Antroposofia (MORAES, 2005, p.54).

Paulatinamente esse movimento foi se propagando até alcançar outros continentes. No Brasil, a MA foi introduzida há cerca de 60 anos e os médicos antroposóficos obtiveram reconhecimento de sua prática em 23 de novembro de 1993 por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina. Atualmente essa terapêutica se faz presente em mais de 60 países pelo mundo. (LUZ; WENCESLAU, 2012; BRASIL, 2006a; ABMA, s.d.).

Na visão da MA, cada elemento, substância, ser vivo e criatura sobre a face da Terra fazem parte de um único organismo, de um todo que respira e vive. Esse cosmos possui não apenas seu aspecto material visível e mensurável com suas leis já bem descritas pela Física, mas também seu aspecto imaterial (espiritual), não percebido diretamente pelos sentidos - denominados elementos suprassensíveis na Antroposofia. Dessa forma, trata-se de uma cosmovisão ampla, complexa, que reúne tanto uma visão do cosmo, do universo, no tempo e no espaço, inserindo neste o elemento divino (MINAS GERAIS, 2013e; MORAES, 2005; ABMA, s.d.).

Em seus fundamentos, a Medicina Antroposófica apresenta duas estruturas constitucionais básicas. Em uma delas o ser humano é compreendido como um ser trimembrado. A outra apresenta uma visão quadrimembrada do homem: Organização Física, Organização Etérica, Vital ou de Forças Formativas, Organização Anímica e Organização do EU (MINAS GERAIS, 2013e; LUZ; WENCESLAU, 2012; MORAES, 2005; ABMA, s.d.).

A partir da teoria do ternário arquetípico – a polaridade arquetípica de todas as coisas é resolvida por um terceiro elemento, o *mittler*, que as equilibra - todas as coisas e processos naturais podem ser representados por um movimento tríplice. Dessa forma, a MA propõe que a natureza do homem é uma tríplice composta por: corpo, alma e espírito; o organismo humano é trimembrado: cabeça, tronco e membros. No que diz respeito aos sistemas, este é dividido em neurossensorial, rítmico e metabólico. Na esfera psíquica, essa tríplice se dá em três atuações básicas: pensar, sentir e querer (MINAS GERAIS, 2013e; MORAES, 2005).

Na abordagem da quadrimembração o homem é compreendido como um ser que compartilha semelhanças com o reino mineral, vegetal e animal, que representam respectivamente a Organização Física, Organização Vital e Organização Anímica, além de possuir uma quarta organização - o Eu - que o distingue dos demais seres: a autoconsciência (MINAS GERAIS, 2013e; LUZ; WENCESLAU, 2012; MORAES, 2005; ABMA, s.d.).

A Organização Física, é a estrutura sólida, palpável, sujeita às leis da física e da química. Ou seja, uma forma totalmente inerte quando não transpassada pela Organização Vital. Essa por sua vez, diz respeito ao crescimento, reprodução e regeneração celular, cicatrização e à uma tendência que evita a degradação do organismo humano, sendo responsáveis por todo o princípio da vida. A Organização Anímica tem um papel "organizador" dos processos vitais. Ela está relacionada às

forças da consciência que formam o fundamento para uma vida sensitiva. E por fim a Organização do Eu que une as qualidades anteriores à autoconsciência. É a nossa individualidade, nossa entidade espiritual. Ela é responsável pela atuação saudável dos demais corpos e o aparecimento do andar ereto, da fala e do pensar, a capacidade de perceber o mundo e a si mesmo (MINAS GERAIS, 2013e; LUZ; WENCESLAU, 2012; MORAES, 2005; ABMA, s.d.).

O Ministério da Saúde define a Medicina Antroposófica, através da Portaria nº 971 de 2006, 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. Utilizam-se recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006b, p. 23).

Assim, a Medicina Antroposófica se constitui em uma terapêutica que busca complementar a prática da medicina convencional, com abordagens humanísticas e filosóficas. Para isso, lança mão de terapias antroposóficas norteadas pelo uso de elementos naturais, como medicamentos produzidos a partir dos reinos naturais (mineral, vegetal e animal), terapias relacionadas à música (cantoterapia e musicoterapia), movimentos corporais (euritmia curativa), massagens rítmicas, técnicas cognitivas de psicoterapia (terapia biográfica e psicoterapia antroposófica), terapias externas (banhos, fricções, enfaixamentos e compressas), terapia artística (pintura, modelagem e desenho com enfoque terapêutico) e a terapia do som e da fala (quiromassagem) (MINAS GERAIS, 2013e).

A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares de Minas Gerais expõe que: “Além de defender a escolha da melhor forma de cuidado e tratamento, a Medicina Antroposófica aproxima-se da integralidade pela importância dada, na prática, à escuta qualificada, à construção do vínculo terapêutico e à individualização do diagnóstico” (MINAS GERAIS, 2009, p. 19).

Wenceslau, Röhr e Tesser (2014) apontam que o modelo de ciência hegemônico é deficiente para o aprendizado de uma medicina que contemple o ser humano em sua integralidade, sendo necessário o desenvolvimento de uma nova

proposta de abordagem científica que expanda a atual e propicie uma compreensão integral das condições de saúde e adoecimento. A esse respeito, o ensino das racionalidades não biomédicas, como a Medicina Antroposófica, se mostra um caminho extremamente rico para abrir a formação neste sentido.

Em seu estudo, Vale e colaboradores (2011) demonstraram o perfil do usuário da Medicina Antroposófica num Ambulatório de Dermatologia. Os autores apontaram como resultado a resposta positiva ao tratamento com o uso da Medicina Antroposófica, demonstrando que essa terapêutica pode contribuir para o aumento da resolutividade do SUS ao passo que estimula o acesso às PICs (VALE et al., 2011).

O médico antroposófico utiliza recursos “convencionais” como exames laboratoriais e de imagem, anamnese e exame físico assim como qualquer outro médico. Somado a isso, ele também utiliza os conhecimentos e recursos da MA como ferramentas para ampliação da clínica. Desse modo, ele também se atenta à parte emocional e aos acontecimentos na vida do paciente ao longo dos anos (biografia) e dessa forma constrói um atendimento mais individualizado (ABMA, s.d).

A Medicina Antroposófica propõe, ainda, o trabalho através de uma equipe multidisciplinar com inúmeras contribuições e enfoques terapêuticos, composta não apenas pelo médico, mas também pelo psicoterapeuta antroposófico, terapeuta artístico, terapeuta musical, euritmista, massagista rítmico, enfermeiro antroposófico, odontólogo antroposófico, psicólogo, quirofoneta, entre outros (MINAS GERAIS, 2013e).

Nesse contexto, a Medicina Antroposófica não se opõe à medicina tradicional, mas complementa essa prática, ao considerar a ampliação do olhar ao indivíduo e, para isso, inclui tanto os instrumentos da biomedicina quanto práticas como massagens e banhos terapêuticos (MINAS GERAIS, 2009).

MATERIAIS E MÉTODOS

9.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, no qual adotamos uma abordagem quantitativa do tipo exploratória descritiva. Optou-se por essa abordagem por considerá-la a mais adequada para o alcance dos objetivos propostos, além desse tipo de estudo apresentar como vantagem a possibilidade de generalização de seus resultados e descrever características de uma população, em uma determinada época (KLEIN; BLOCH, 2009).

O Estudo transversal também pode ser chamado de estudo seccional, corte, corte transversal, vertical, pontual, de prevalência ou inquérito (KLEIN; BLOCH, 2009; HOCHMAN, 2005; ROQUAYROL; FILHO, 2003).

Rouquayrol (2003, p. 161) define o estudo transversal como “estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico”. Isso porque, nesse tipo de estudo, as observações são feitas em cada indivíduo em uma única oportunidade, sejam aquelas relacionadas com as exposições ou com as consequências (KLEIN; BLOCH, 2009).

Baseado nessas características, autores como Hochman e colaboradores, (2005) comparam o estudo transversal com uma fotografia:

Portanto, esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença). Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento (HOCHMAN et al., 2005, p.3).

Pesquisas transversais são consideradas vantajosas uma vez que apresentam baixo custo, fácil execução com elevado potencial descritivo, podem ser realizadas em curto espaço de tempo, há facilidade na análise dos resultados e permitem descrever os eventos na população ou os fatores de intervenientes a fim de detectar grupos de risco (KLEIN; BLOCH, 2009).

9.2 CENÁRIO

A presente pesquisa foi realizada no período de 16 de julho a 5 de Agosto em todas as UAPS da cidade de Santos Dumont, Minas Gerais.

Santos Dumont está localizada a uma distância, em linha reta, de 129.08 km em relação a Juiz de Fora, sendo que a distância de condução é 184 km, o que leva um tempo estimado de 2 horas e 22 minutos de percurso (DISTÂNCIA ENTRE CIDADES, 2015).

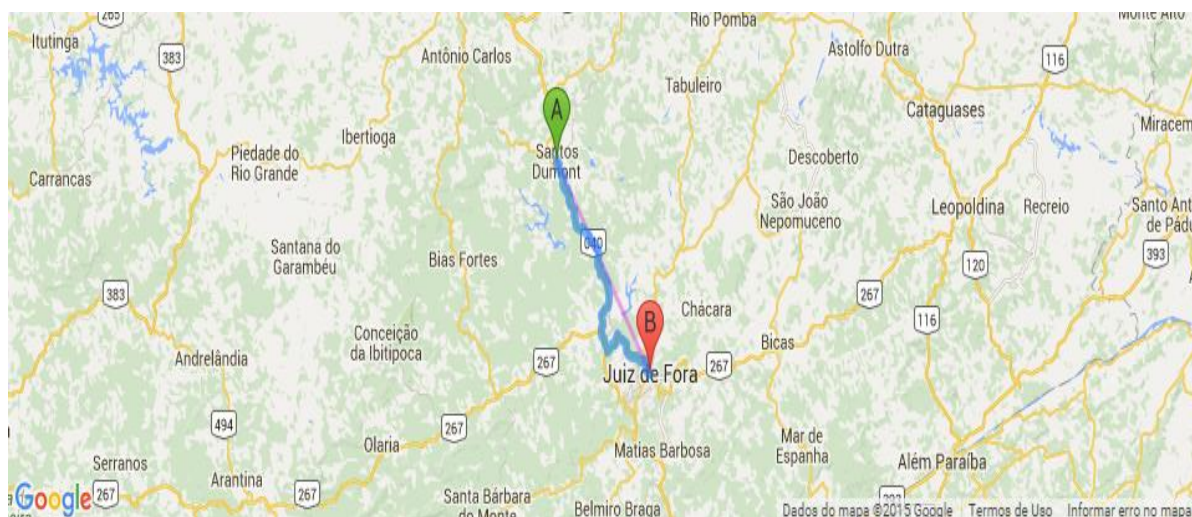


Figura 2 - Mapa apresentando distância entre os municípios Juiz de Fora e Santos Dumont.

Fonte: Google maps, 2015.

O Município de Santos Dumont faz limite com os municípios de Antônio Carlos, Aracitaba, Ewbank da Câmara, Juiz de Fora, Oliveira Fortes, Piau, Bias Fortes e Tabuleiro e está localizado na Região II do estado de Minas Gerais e na Mesorregião da Zona da Mata. A cidade de Santos Dumont faz parte dos 33 municípios que compõem a microrregião de Juiz de Fora (065) (PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO DE SANTOS DUMONT, 2014).

A cidade de Santos Dumont surgiu em virtude da necessidade de se abrir caminho no território mineiro para o transporte do ouro extraído das minas - o Caminho Novo, que mais tarde passaria a ser chamado "Estrada Real da Corte", ligando a Corte à Província de Minas Gerais. Anteriormente denominada Palmyra, a

cidade teve seu nome mudado para Santos Dumont a fim de homenagear o conterrâneo e inventor Alberto Santos Dumont, pai da aviação (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS DUMONT, 2015)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município apresenta 46.284 habitantes, sendo que menos de 11% da população reside em área rural. Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade era de 0,741. Colocado de outra forma, o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 54ª posição no ranking dos municípios de Minas Gerais, sendo que a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a Educação (PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO DE SANTOS DUMONT, 2014; IBGE, 2010).

Em 2010, a expectativa de vida da população de Santos Dumont era de 75,84 anos. A mortalidade infantil compreende 14,1 óbitos por mil nascidos em 2010. Dessa forma, a taxa de mortalidade infantil do município está abaixo dos valores apresentados em 2010 no estado e no país que foram respectivamente, 15,1 e 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. A taxa de fecundidade que o município apresentou em 2010 foi de 1,7 filhos por mulher e segue a tendência nacional de redução do número de filhos (PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO DE SANTOS DUMONT, 2014; IBGE, 2010).

De acordo com a Secretaria de Saúde de Santos Dumont, o município conta com um total de 12 UAPS, sendo oito unidades situadas em Zona Rural e quatro em Zona Urbana (UNIDADES..., 2015, p. 1)

As oito unidades urbanas estão localizadas em sete diferentes bairros da cidade, sendo que o bairro Córrego do Ouro conta com a presença de duas unidades devido a sua grande abrangência populacional, são elas: UAPS São Judas Tadeu – Caic 01 e UAPS São Judas Tadeu – Caic 02. As unidades de saúde urbanas são de fácil acesso para a população e estão localizadas próximas ao centro da cidade, em que a com menor distância é a Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida que fica a 1,3 km (5 minutos de carro) e a mais distante a Unidade Básica de Saúde São Judas Tadeu – Caic 01 que fica a 5 km (11 minutos de carro) da região central. A figura 3 apresenta a localização das Unidades de Atenção Primária à Saúde da zona urbana de Santos Dumont.



1- Unidade Básica de Saúde São Sebastião; 2- Unidade Básica de Saúde São Judas Tadeu – Caic 01; 3- Unidade Básica de Saúde São Judas Tadeu – Caic 02; 4- Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora Aparecida; 5- Unidade Básica de Saúde 4º depósito; 6- Unidade de Saúde da Vila Esperança; 7- Unidade Básica de Saúde Santo Antônio; 8- Unidade Básica de Saúde Bairro da Glória.

Figura 3 - Mapa contendo a localização das Unidades de Atenção Primária à Saúde da Zona Urbana do município de Santos Dumont.

Fonte: Google maps, 2015 (Adaptado).

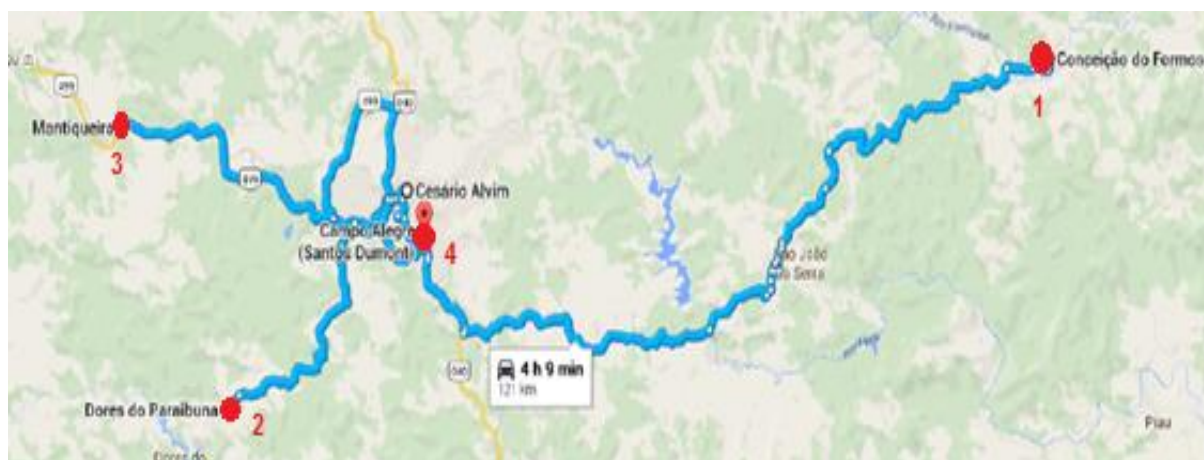
Segundo a Secretaria de Saúde de Santos Dumont, a Zona Rural do município, possui quatro UAPS.

Embora o quantitativo populacional nessa localidade seja menor se comparado a área urbana, há de se considerar a distância entre a unidade e as residências e os percalços presentes no caminho a ser percorrido, como estrada de chão, poeira, exposição a fatores climáticos, entre outros.

As unidades rurais que pertencem ao município de Santos Dumont estão localizadas mais distante do centro da cidade, sendo que a mais perto fica a 1,7 km (6 minutos de carro) e a mais distante fica a 33,8 km (1hora e 15 minutos de carro). Cabe destacar que o acesso a essas unidades se dá por estrada de chão e dependendo do tempo climático, esse período de percurso pode variar muito.

Os profissionais de saúde que atuam nessas unidades, com exceção dos Agentes Comunitários de Saúde, são deslocados diariamente até o local por um carro disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Santos Dumont. A Figura 4

apresenta a disposição das Unidades de Atenção Primária à Saúde da zona rural de Santos Dumont.



1-Unidade de Saúde de Conceição do Formoso; 2-Unidade de Saúde de Dorés do Paraibuna; 3-Unidade de Saúde do Patrimônio dos Paivas/Mantiqueira; 4-Unidade de Saúde de Campo Alegre.

Figura 4 - Mapa contendo as Unidades de Atenção Primária à Saúde da Zona Rural de Santos Dumont

Fonte: Google maps, 2015 (Adaptado).

Cabe destacar que o município possui como distrito rural algumas comunidades quilombolas, como a comunidade São Sebastião da Boa Vista, e a comunidade São Bento, localizadas a cerca de 23km e 26 Km do centro da cidade, respectivamente.

O cuidado à saúde dessa população é feito pelo Posto de Saúde da comunidade vizinha (Nova Dorés) ou pelas Unidades básicas de Saúde do Município de Santos Dumont, porém o acesso é restrito, uma vez que a equipe de saúde é deslocada até essas comunidades somente uma vez por mês e o transporte oferecido aos moradores até a cidades acontece duas vezes na semana (Comunidade São João da Boa vista) ou uma vez na semana (Comunidade São bento) (SIQUEIRA, 2014, ROGÉRIO, 2014).

Segundo Siqueira (2014), a localização geográfica isolada da Comunidade São João da Boa vista, ajuda a revigorar os costumes tradicionais terapêuticos pelos moradores da região, além do improvisado de recursos naturais para o tratamento de doenças, o que podemos considerar também para a comunidade São Bento.

9.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os estudos transversais proporcionam duas possibilidades para a seleção da população de estudo, a saber: 1) A escolha pela população inteira, o que caracteriza um censo; 2) uma amostra representativa dela, a fim de apresentar características que tornem possível a investigação da relação entre exposição e doença (KLEIN; BLOCH, 2009).

Considerando que a presente pesquisa abordou todos os profissionais de saúde locados nas UAPS da cidade de Santos Dumont, podemos categorizá-la como um censo.

Os sujeitos deste estudo foram todos os membros da equipe de saúde das UAPS da área urbana e rural de Santos Dumont, que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1).

Segundo dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos Dumont, o número de profissionais de Saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde do município, correspondem a 102. No entanto, durante a coleta de dados, tivemos 17 perdas, o que nos levou ao um N=85. O Fluxograma a seguir apresenta a descrição do ocorrido.

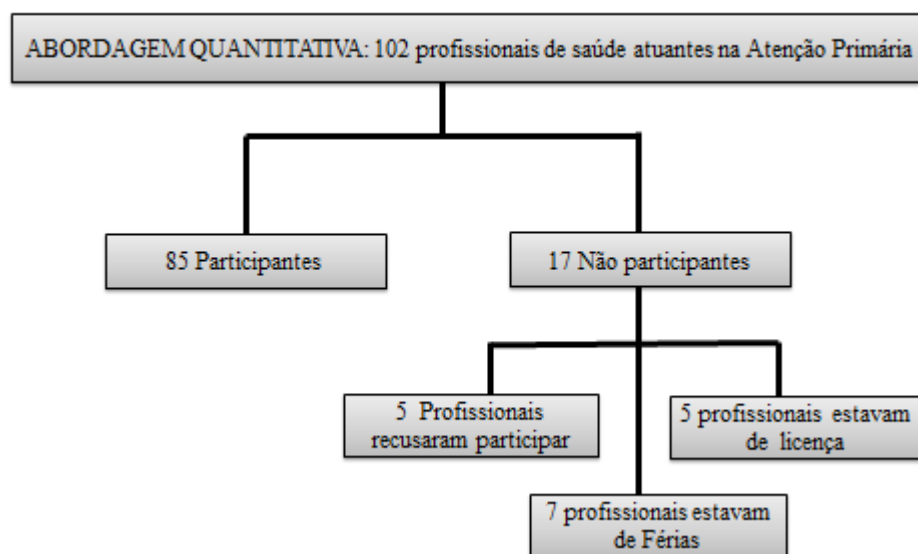


Figura 5 – Fluxograma contendo o delineamento dos participantes

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A unidade com maior número de participantes foi a UAPS Nossa Senhora da Glória, com 13% da população do estudo. As unidades com o menor número de participantes foi a UAPS da Mantiqueira e UAPS Campo Alegre, unidades de Zona Rural, ambas com 2% de participação.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: atuar em uma das unidades de Atenção Primária à Saúde do Município. Os critérios de exclusão foram trabalhadores que estivessem de férias ou licença por todo o período da coleta de dados. Todos os participantes que se adaptaram aos critérios de inclusão foram convidados a responder o questionário e participar da pesquisa de forma voluntária (BRASIL, 2012b).

A justificativa pela escolha dessa população vai ao encontro das orientações da OMS e do MS, que preconizam o uso das PIC no âmbito da APS, além de pesquisas sobre essas práticas figurarem entre os temas incentivados pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008a).

9.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E ESTRATÉGIAS

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário, dividido em dois blocos contendo perguntas abertas e fechadas. O primeiro bloco (Bloco A) aborda o objeto de estudo e o segundo bloco (Bloco B) é composto por dados sociodemográficos e caracterização da população do estudo (Apêndice 2). O questionário foi aplicado individualmente nas UAPS, com agendamento prévio por telefone, não sendo necessária nenhuma infraestrutura além de um local com privacidade contendo uma cadeira e uma mesa para a coleta dos dados, já presentes nas unidades.

Antes da aplicação do questionário junto à população do estudo, o mesmo passou por um teste piloto do instrumento, com a finalidade de verificar a viabilidade do mesmo e treinar os integrantes da equipe responsável pela coleta de dados, a fim de padronizar a abordagem aos trabalhadores e a forma de coletar os dados (KLEIN; BLOCH, 2009).

A partir do teste-piloto foi possível detectar algumas limitações no instrumento como pouca clareza em algumas questões, opções de respostas inexistentes e ambiguidade nas opções de resposta. Sendo assim, o questionário proposto

inicialmente passou por algumas alterações a fim de superar as dificuldades encontradas e melhorar a operacionalização e adequação do instrumento de coleta de dados aos objetivos da pesquisa.

Para coletar os dados, usamos uma versão digital do instrumento criada pela suíte de aplicativos Open Data Kit (HARTUNG et al., 2010). Inicialmente o instrumento foi convertido para o formato XML e enviado para um servidor criado pelo software ODK Aggregate versão 1.4.7. Durante a coleta, utilizamos dispositivos móveis com a plataforma Android e o software ODK Collect 1.4.7.

O ODK é um pacote de ferramentas que permite a coleta de dados e o envio dos mesmos a um servidor on-line através de dispositivos móveis que utilizem o sistema Android. Os dados podem ser coletados mesmo sem conexão à Internet ou serviço de telefonia móvel no momento da coleta, sendo necessários apenas no momento de comunicação e envio ao servidor. Esse programa possibilita a substituição de formulários tradicionais em papel por formulários eletrônicos que permitem o upload de texto, dados numéricos, Global Positioning System (GPS), fotos, vídeos, códigos de barras e áudio para um servidor on-line (HARTUNG et al., 2010).

A escolha por esse programa se deu pela facilidade e segurança no manuseio dos dados tanto durante como após a coleta, além do acesso gratuito. O ODK proporcionou agilidade durante a coleta de dados e ao término da entrevista, esses dados eram imediatamente enviados ao servidor, minimizando o risco de extravios e perdas.

Ao final de cada coleta, os instrumentos preenchidos eram protegidos por senha, e ao final do dia, eram enviados, via Internet, para o servidor a fim de centralizar as informações dessa etapa. Uma vez encerrada a coleta, os dados constantes no servidor foram recebidos através do software ODK Briefcase 1.4.6, no formato Comma Separated Values (CSV).

Posteriormente, o banco de dados foi checado, consolidado, anonimizado e exportado para os formatos Microsoft Excel (xls) e International Business Machines (IBM) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (sav).

Cabe ressaltar que os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos (BRASIL, 2012b).

Durante a coleta de dados, contamos com uma equipe composta por três pesquisadores de campo: uma mestranda em Saúde Coletiva e duas bolsistas de Iniciação Científica do curso de graduação em enfermagem. Todas passaram por treinamento/capacitação prévia, seguindo um protocolo padronizado para coleta de dados, com o intuito de minimizar vieses advindos dessa etapa.

9.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foram definidas quatro variáveis dependentes, a saber: 1) Conhece Práticas Integrativas e Complementares; 2) Uso de Práticas Integrativas e Complementares; 3) Indicação de Práticas Integrativas e Complementares à familiares e amigos; 4) Indicação de Práticas Integrativas e Complementares à população atendida na UAPS.

Em relação às variáveis independentes, utilizamos características sociodemográficas: Idade, sexo, religião, renda familiar, escolaridade e categoria profissional. O agrupamento dessas variáveis é apresentado no quadro 1.

A variável “idade” foi dicotomizada em “maiores de 37 anos” e “menores de 37 anos”, baseado no valor da média de idades da população do presente estudo (37,5 anos).

A variável “religião” foi dicotomizada em “Tem religião”, que contemplou os participantes que responderam qualquer religião e “Não tem religião” para aqueles que afirmaram não possuir crença religiosa. A opção por essa categorização se deu a fim de testar a hipótese de associação entre crença religiosa e uso/crença/indicação de PICs.

Em relação a variável “renda”, a mesma foi agrupada em cinco categorias, a saber: 1) <1 salário mínimo; 2) Entre > 1 e 4 salários mínimos; 3) Entre > 4 e 7 salários mínimos; 4) Acima de 7 salários mínimos. Optou-se por esse agrupamento, devido às características dos dados analisados e por considerá-la a mais homogênea possível em se tratando de valores.

Sobre a variável “categoria profissional”, foi retirada do agrupamento a categoria “Assistente social” por não haver nenhum profissional na APS de Santos Dumont que representasse essa categoria.

BLOCO B	Variável	Código e categorização inicial	Agrupamento
	IDADE	B1 1 < 19 anos 2 20 a 29ano 3 30 a 39 anos 4 40 a 49 anos 5 50 a 59 anos 6 60 anos ou mais	1 Mais de 37 anos (1, 2,3) 2 Até 37 anos (3, 4, 5,6)
	SEXO	B5 1 Masculino 2 Feminino	1 Masculino 2 Feminino
	RELIGIÃO	B8 1 Católico 2 Evangélico 3 Espírita 4 Testemunha de Jeová 5 Muçulmano 6 Budista 7 Candomblé 8 Não tenho religião 9 Outra	1 Tem religião (1, 2, 3, 9) 2 Não tem religião (8)
	RENDA	B17 1 Até 1 salário mínimo 2 Entre > 1 e 2 salários mínimos 3 Entre > 2 e 3 salários mínimos 4 Entre > 3 e 4 salários mínimos 5 Entre > 4 e 5 salários mínimos 6 Entre > 5 e 6 salários mínimos 7 Entre > 6 e 7 salários mínimos 8 Entre > 7 e 8 salários mínimos 9 Entre > 8 e 9 salários mínimos 10 Entre > 9 e 10 salários mínimos 11 >10 salários mínimos	1 <1 salário mínimo 2 Entre > 1 e 4 salários mínimos 3 Entre > 4 e 7 salários mínimos 4 Acima de 7 salários mínimos
	ESCOLARIDADE	B6 1 1ºgrau completo 2 2ºgrau incompleto 3 2º grau completo 4 Universitário Incompleto 5 Universitário Completo 6 Pós –graduação	1 2º grau completo 2 Universitário Incompleto 3 Universitário Completo 4 Pós –graduação
	CATEGORIA PROFISSIONAL	B7 1 Agente Comunitário de Saúde 2 Técnico de Enfermagem 3 Enfermeiro 4 Médico 5 Assistente Social 6 Dentista 7 Outro	1 Agente Comunitário de Saúde 2 Técnico de Enfermagem 3 Enfermeiro 4 Médico 5 Profissionais de Odontologia

Quadro 1: variáveis independentes, código com categorização inicial da questão e agrupamento das variáveis referentes às características sociodemográficas investigadas.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A categoria “Profissionais de Odontologia” foi criada a fim de manter o anonimato dos participantes uma vez que só obtivemos um representante de nível superior em odontologia. Sendo assim, foram agrupados à essa categoria tanto os profissionais de nível superior como de nível técnico foram incluídos.

Na variável “escolaridade” as categorias “1º grau completo” e “2º grau incompleto” foram retiradas, uma vez que não houveram representantes para essas categorias.

Outras variáveis também foram analisadas, como tipo de conhecimento sobre PICs, dicotomizada em “informalmente”, quando o participante respondia ter adquirido conhecimento por conta própria ou através de familiares e “formalmente” quando havia feito algum curso sobre a temática; A frequência do uso, indicação para tratamento à amigos e Familiares e indicação para tratamento à população atendida na UAPS de cada PIC nos últimos seis meses; Prática de interesse para aprender/aprofundar (sendo que o participante poderia escolher várias opções); concorda com a implantação de cada PIC na UAPS, dicotomizada em “Sim” e “Não”

9.6 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após o encerramento da coleta de dados, os mesmos foram agrupados e baixados do servidor para armazenamento e posterior manuseio no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.

A priori, foi feita a análise descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis envolvidas no estudo. Em seguida, procedeu-se a elaboração de Tabelas com o intuito de analisar os dados, o que possibilitou traçar uma descrição da realidade da população de estudo além da frequência.

Após essa etapa, foi realizada a análise bivariada, que permitiu a identificação das associações das variáveis dependentes com as demais variáveis independentes. Considerou-se associação significativa entre as variáveis estudadas quando $p < 0,05$ de acordo com o Teste Exato de Fisher (THIAGO, 2009).

Inicialmente foi proposto a utilização do Teste Qui-quadrado para análise nesta etapa. Contudo, ao construirmos as tabelas de contingência, nos deparamos, com frequências muito baixas em cada casela (menor que cinco).

Cabe destacar que tanto o Teste do Qui-Quadrado de Aderência como o Teste Exato de Fisher são capazes de testar as mesmas hipóteses, ou seja, se há ou não diferença entre as proporções de ocorrência de evento nos grupos avaliados. Contudo, o Teste do Qui-Quadrado de Aderência não é recomendado em situações em que as frequências esperadas sejam menores ou iguais a cinco, o que foi observado através da elaboração das Tabelas de contingência. Desta maneira, para se verificar a hipótese de correlação estatística, utilizamos o Teste Exato de Fisher conforme descrito em Levin (1987), uma vez que o valor de p desse teste é preciso para todos os tamanhos amostrais (SOARES; SIQUEIRA, 2012; MAGALHÃES; LIMA, 2005; LEVIN, 1987).

Para esse estudo, em se tratando de um censo, a utilização de técnicas estatísticas de inferência de parâmetros à partir de uma amostra não se faz necessária, mas pode ainda ser utilizada para se inferir sobre populações semelhantes à recenseada.

9.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Diante da necessidade de atender e garantir às exigências éticas e científicas fundamentais para a realização de estudos com seres humanos, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e foi aprovada com o parecer número 1.150.138 (Anexo 1).

Cabe ressaltar que a Secretaria de Saúde de Santos Dumont estava ciente do propósito de nossa pesquisa, nos autorizando a abordar os possíveis participantes na Unidade de saúde, após a aprovação do Comitê de Ética (anexo3).

Para a coleta de dados, a equipe de pesquisadores entrou em contato com a gerência de cada UAPS de Santos Dumont para explicar os objetivos da pesquisa e agendar um melhor horário para a equipe.

No momento de abordagem dos profissionais de saúde das UAPS, explicamos a cada um sobre o objetivo da pesquisa e sobre sua participação ser livre, voluntária e que a recusa em participar do estudo não implicaria qualquer ônus para eles.

Os profissionais de Saúde que concordaram em participar espontaneamente da pesquisa receberam, para assinatura prévia, o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador e a outra entregue ao participante.

Acrescentamos ainda, que os pesquisadores de campo assinaram um Termo de Sigilo e Confidencialidade (Anexo 2), no qual se comprometeram a não divulgar nenhuma informação contida nos questionários ou que tenha sido discutida durante a coleta. Além disso, os questionários foram identificados apenas por código numérico, impossibilitando, propositalmente, a identificação do participante após a coleta.

10 RESULTADOS

Os resultados da investigação serão apresentados em dois subitens. O primeiro diz respeito à análise descritiva dos dados em relação às características sociodemográficas, conhecimento, uso, indicação aos familiares e amigos e indicação à população atendida nas UAPS de Práticas Integrativas e complementares, bem como sua frequência nos últimos seis meses e aceitação da implantação na UAPS e a prevalências sobre as PICs de maior interesse para aprofundar o conhecimento.

O segundo descreve à análise bivariada e se refere à associação dos desfechos 1) Conhece Práticas Integrativas e Complementares; 2) Uso de Práticas Integrativas e Complementares; 3) Indicação de Práticas Integrativas e Complementares à Familiares e amigos; 4) Indicação de Práticas Integrativas e Complementares à população atendida na UAPS com as variáveis indiretas Idade, sexo, religião, renda e categoria profissional e escolaridade.

10.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTOS DUMONT

10.1.1 Características sociodemográficas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da população estudada. A maioria dos profissionais de saúde da atenção Primária de Santos Dumont pertence ao sexo feminino, totalizando 62 mulheres (72,9%). A menor idade foi 23 anos e a maior, 68, sendo a média 37,5 anos (DP = 9,72) e a faixa etária predominante foi a de 30 a 39 anos, com 31 integrantes (36,5%).

A maioria da população estudada se autodeclarou branca (51,8%), Católica (72,9%), casada ou vivendo em união estável (45,9%), e com renda familiar mensal de um a quatro salários mínimos (58,8%).

Em relação à categoria profissional, a maioria (55,3%) é Agente comunitário de Saúde.

Tabela 1 - Frequência das características sociodemográficas dos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde - Santos Dumont – 2015 (N=85)

Variável /Categoria	N	%
Sexo		
Masculino	23	27,1
Feminino	62	72,9
Cor ou raça (Segundo classificação do IBGE)		
Preta	18	21,2
Parda	21	24,7
Branca	44	51,8
Amarela	2	2,4
Estado Conjugal		
Casado ou Vive em União	39	45,9
Separado ou divorciado	11	12,9
Viúvo	1	1,2
Solteiro	34	40,0
Faixa Etária		
20 a 29 anos	19	22,4
30 a 39 anos	31	36,5
40 a 49 anos	25	29,4
50 a 59 anos	9	10,6
60 anos ou mais	1	1,2
Religião/Crença		
Católico	62	72,9
Evangélico	11	13
Espírita	1	1,2
Não tenho Religião	11	12,9
Grau de Escolaridade		
Ensino Médio Completo	53	62,4
Universitário Incompleto	5	5,9
Universitário Completo	12	14,1
Pós-Graduação	15	17,6
Renda Familiar		
Menor que 1 salário mínimo	8	9,4
Entre > 1 e 4 salário mínimo	50	58,8
Entre > 4 e 7 salário mínimo	18	21,2
Maior que 7 salário mínimo	9	10,6
Tempo de residência no município		
Não moram em Santos Dumont	6	7,1
Menos de 5 anos	15	17,6
10 a 19 anos	2	2,4
20 a 29 anos	17	20
30 a 39 anos	30	35,3
40 a 49 anos	11	12,9
50 anos ou mais	4	4,7
Categoria profissional		
Agente comunitário de Saúde	47	55,3
Técnico de Enfermagem	12	14,1
Enfermeiro	8	9,4
Médico	15	17,6
Profissionais de Odontologia	3	3,5
Total	85	100

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A escolaridade variou de ensino médio completo à pós-graduação, sendo que a maior parte dos profissionais (62,4%) possui ensino médio completo. A maioria dos profissionais de saúde do nosso estudo (92,9%) reside no próprio município em que trabalha, sendo que 72,9% moram em Santos Dumont há mais de 20 anos. Destacamos que 7,1% dos profissionais de saúde das UAPS de Santos Dumont realizam deslocamento intermunicipal diariamente.

Através do cruzamento entre a variável “formação profissional” e a variável “nível de escolaridade”, observamos, com exceção dos representantes de odontologia, que os profissionais de saúde tem investido no aperfeiçoamento e na formação profissional, sendo que entre enfermeiros e médicos, 15 (65,2%) possuem pós graduação.

Tabela 2: Cruzamento da variável Formação Profissional com a variável Nível de Escolaridade dos profissionais de saúde da Atenção Primária - Santo Dumont - 2015

Formação profissional/ Escolaridade	ACS		Téc. Enf.		Enfermeiro		Médico		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ensino Médio Completo	41	50	10	12	0	0	0	0	51	62
Universitário Incompleto	3	4	2	2	0	0	0	0	5	6
Universitário Completo	3	4	0	0	1	1	7	9	11	13
Pós-Graduação	0	0	0	0	7	9	8	10	15	18
Total	47	57	12	15	8	10	15	18	82*	100

*** Excluído os três representantes de odontologia, a fim de preservar o anonimato dos mesmos.**

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Entre técnicos de enfermagem e ACS, cinco (8,5%) possuem ensino superior incompleto. Cabe destacar que entre os ACS, três (6,4%) possuem ensino superior completo.

10.1.2 Caracterização das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont

O Gráfico a seguir apresenta as UAPS de Santos Dumont que trabalham com Práticas Integrativas e Complementares de acordo com os profissionais de saúde entrevistados. Cabe destacar que, a fim de garantir o anonimato da população do estudo, as unidades de saúde foram identificadas por letras alfabéticas de forma aleatória.

Ao questionar se a UAPS na qual o profissional estava locado trabalhava com alguma PIC, encontramos apenas uma unidade, situada na zona rural, em que todos os participantes afirmaram assistir a população utilizando, além da medicina alopática, as plantas medicinais. Em cinco unidades, todos os participantes afirmaram que a mesma não trabalhava com PICs e em seis unidades ocorreu de alguns participantes afirmarem que a unidade trabalhava com PICs, ao passo que outros, por desconhecer esse trabalho, afirmaram que a UAPS não trabalhava com PICs.

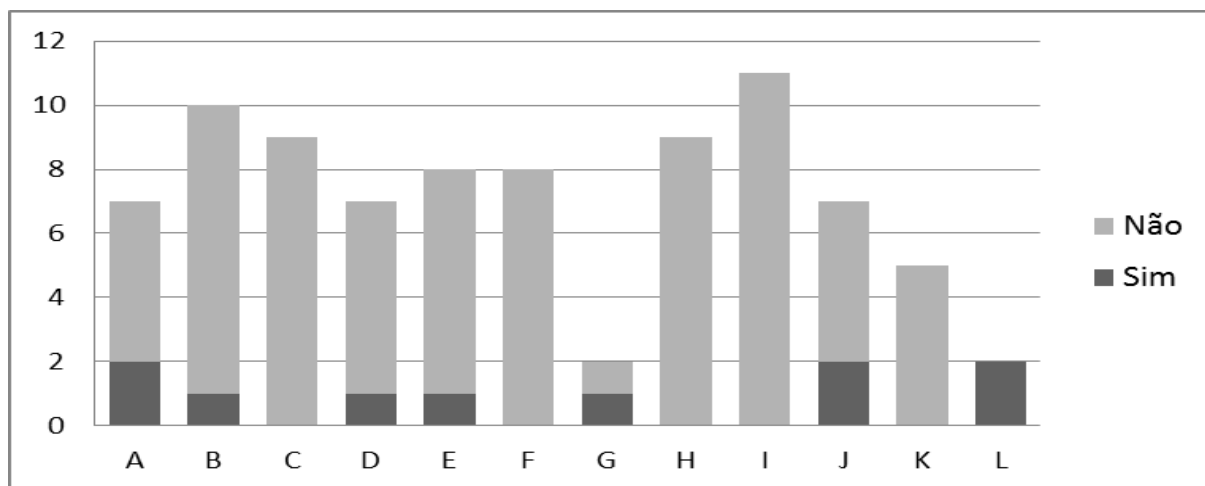


Gráfico 1 – Unidade de Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont que trabalham com Práticas Integrativas e complementares segundo profissionais de saúde atuantes na unidade.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

As próximas Tabelas apresentam a frequência do uso e indicação de PICs pelos participantes do estudo. Cabe esclarecer que, inicialmente perguntava-se ao participante se este conhecia determinada PIC e nos casos afirmativas é que eram

feitas as demais perguntas sobre uso e indicação. Assim, em alguns casos os dados não somarão 100%.

A Tabela 3 apresenta a descrição do conhecimento, uso e indicação de Plantas Medicinais e Fitoterapia por profissionais das UAPS de Santos Dumont. A maioria (96,5%) diz conhecer Plantas Medicinais e Fitoterapia, sendo que eles referem ter obtido o conhecimento por meio informal (86,6%). A maior parte dos entrevistados (79,3%) afirma já ter usado Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento próprio, sendo que a maioria (63,2%) dos participantes usou essa prática menos de três vezes nos últimos seis meses.

Tabela 3 - Frequência do uso e indicação de Plantas Medicinais e Fitoterapia pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85)

Variável/Categoria	N	%
Conhece		
Sim	82	96,5
Não	3	3,5
Como conheceu		
Informalmente	71	86,6
Formalmente	11	13,4
Já usou para tratamento próprio		
Sim	65	79,3
Não	17	20,7
Frequência de uso para tratamento próprio nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	41	63,2
3 vezes ou mais	24	36,9
Já indicou para tratamento de um familiar ou amigo		
Sim	54	65,9
Não	28	34,1
Frequência de indicação para tratamento de familiar ou amigo nos últimos seis meses.		
Menos de 3 vezes	30	55,5
3 vezes ou mais	24	44,5
Já indicou para tratamento da população atendida na UAPS		
Sim	34	41,5
Não	48	58,5
Frequência de indicação para população atendida na UAPS nos últimos seis meses.		
Menos de 3 vezes	12	35,3
3 vezes ou mais	22	64,7

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Ao serem questionados sobre a indicação dessa prática à amigos e familiares, 65,9% afirmam já ter indicado, porém, desses, 55,5% referem indicação inferior a três vezes nos últimos seis meses. Quando indagados sobre a indicação dessa prática aos usuários da UAPS, 58,5% afirmam nunca terem recomendado. E daqueles que o fizeram, 64,7% informa frequência igual ou superior a três vezes nos últimos seis meses.

Observamos ainda que, todos os participantes concordam com o emprego de Plantas Medicinais e Fitoterapia nas UAPS.

A Tabela 4 apresenta a descrição do uso e indicação de Homeopatia por profissionais das UAPS de Santos Dumont. A maior parte (80%) diz conhecer a homeopatia, sendo que 89,7% afirmam conhecê-la por fontes informais. A maioria dos entrevistados (51,5%) afirma nunca ter usado homeopatia para tratamento próprio. Daqueles que fizeram uso nos últimos seis meses, a maioria (81,9%) relatou frequência de uso inferior a três vezes.

Em relação à indicação dessa prática aos amigos e familiares, 58,8% afirmaram nunca ter indicado. Sendo que entre os que indicaram, 85,7% informaram frequência inferior a três vezes nos últimos seis meses. Sobre a indicação da homeopatia aos usuários da UAPS, 83,8% afirmam nunca terem mencionado. E daqueles que o fizeram, 54,5% apontaram frequência menor que três vezes nos últimos seis meses.

Quando questionados sobre a aceitação da implementação da homeopatia nas UAPS, 2,9% dos entrevistados discordaram, apontando a demora no alcance dos resultados por essa terapêutica e pouco sucesso no tratamento com sua aplicação.

Tabela 4 Frequência do uso e indicação de Homeopatia pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85)

Variável/Categoria	N	%
Conhece		
Sim	68	80,0
Não	17	20,0
Como conheceu		
Informalmente	61	89,7
Formalmente	7	10,3
Já usou para tratamento próprio		
Sim	33	48,5
Não	35	51,5
Frequência de uso para tratamento próprio nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	29	88
3 vezes ou mais	4	12
Já indicou para tratamento de um familiar ou amigo		
Sim	28	41,2
Não	40	58,8
Frequência de indicação para tratamento de familiar ou amigo nos últimos seis meses.		
Menos de 3 vezes	24	85,7
3 vezes ou mais	4	14,3
Já indicou para tratamento para a população atendida na UAPS		
Sim	11	16,2
Não	57	83,8
Frequência de indicação para população atendida na UAPS nos últimos seis meses.		
Menos de 3 vezes	6	54,5
3 vezes ou mais	5	45,5
Total		

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Em relação à frequência de uso e indicação da Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura a Tabela 5 mostra que 87,1% dos profissionais conhecem MTC – acupuntura, sendo que 86,5% afirmam ter conhecimento informal sobre a prática. A maioria (79,7%) diz nunca tê-la usado, sendo que, daqueles que usaram 73,3% o fez menos de três vezes nos últimos seis meses.

A maior parte dos profissionais de saúde (63,5%) nunca orientou o uso de MTC - acupuntura a familiares e amigos nem aos usuários das UAPS (87,8%), sendo que entre aqueles que fizeram, a frequência da indicação foi inferior a três vezes nos últimos seis meses.

Tabela 5 - Frequência do uso e indicação de Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde - Santos Dumont – 2015 (N=85)

Variável/Categoria	N	%
Conhece		
Sim	74	87,1
Não	11	12,9
Como conheceu		
Informalmente	64	86,5
Formalmente	10	13,5
Já usou para tratamento próprio		
Sim	15	20,3
Não	59	79,7
Frequência de uso para tratamento próprio nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	11	73,3
3 vezes ou mais	4	26,7
Já indicou para tratamento de um familiar ou amigo		
Sim	27	36,5
Não	47	63,5
Frequência de indicação para tratamento de familiar ou amigo nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	1	69,3
	8	
3 vezes ou mais	8	30,7
Já indicou para tratamento da população atendida na UAPS		
Sim	9	12,2
Não	65	87,8
Frequência de indicação para população atendida na UAPS nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	5	55,5
3 vezes ou mais	4	44,4
Total	85	100

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Quando questionados sobre a aceitação da implementação de MTC – acupuntura nas UAPS, 94,5% dos entrevistados concordam. Entre aqueles que discordam, as justificativas foram: não têm conhecimento suficiente sobre a prática (2,7%) e consideram o acesso e sua implantação difícil na APS e (2,7%).

A Tabela 6 apresenta o uso e a indicação, assim como a frequência de ambos, em relação ao Termalismo e Crenoterapia por parte dos profissionais de saúde. Cabe ressaltar que no questionário usado na coleta de dados utilizamos a terminologia banhos e águas minerais para melhor compreensão dos participantes, uma vez que o estudo piloto permitiu perceber que os profissionais de saúde da APS

muitas vezes desconhecem a terminologia empregada pelo Ministério da Saúde (2006) - Termalismo e Crenoterapia, porém conhecem a prática.

Tabela 6 Frequência do uso e indicação de Termalismo e crenoterapia pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85)

Variável/Categoria	N	%
Conhece		
Sim	52	61,2
Não	33	38,8
Como conheceu		
Informalmente	45	86,5
Formalmente	7*	13,5
Já usou para tratamento próprio		
Sim	7	13,5
Não	45	86,5
Frequência de uso para tratamento próprio nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	6	85,7
3 vezes ou mais	1	14,3
Já indicou para tratamento de um familiar ou amigo		
Sim	9	17,3
Não	43	82,7
Frequência de indicação para tratamento de familiar ou amigo nos últimos seis meses.		
Menos de 3 vezes	8	88,9
3 vezes ou mais	1	11,1
Já indicou para tratamento da população atendida na UAPS		
Sim	4	7,7
Não	48	92,3
Frequência de indicação da população atendida na UAPS nos últimos seis meses.		
Menos de 3 vezes	3	75
3 vezes ou mais	1	25
Total		

*** Todos médicos Cubanos**

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A maioria dos entrevistados diz conhecer a prática de Termalismo e Crenoterapia (61,2%), desses, a maior parte adquiriu conhecimento por meios informais (86,5%). Embora afirmem conhecer a prática, apenas 13,5% já a utilizaram para tratamento próprio e a maior parte (85,7%) numa frequência inferior a três vezes nos últimos seis meses. A maioria dos participantes nunca indicou tratamento com banhos e águas minerais a amigos e familiares (82,7%) ou aos usuários das UAPS (92,3%). Em relação aos que já indicaram, o fizeram em frequência inferior a

três vezes nos últimos seis meses, seja para familiares e amigos (88,9%) ou para usuários da UAPS (75%).

Quando solicitada sua opinião sobre a implantação do Termalismo e crenoterapia nas UAPS, 92,3% dos entrevistados concordam, sendo que aqueles que discordam argumentam que essa prática não se enquadra no espaço da unidade, o acesso e a implantação nas unidades são difíceis e alguns afirmaram não ter conhecimento necessário sobre Termalismo e crenoterapia.

A seguir, apresentamos a Tabela 7, que contém a frequência do uso e indicação de Medicina Antroposófica pelos profissionais de saúde.

Tabela 7 - Frequência do uso e indicação de Medicina Antroposófica pelos Profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85)

Variável/Categoria	N	%
Conhece		
Sim	16	18,8
Não	69	81,2
Como conheceu		
Informalmente	15	93,8
Formalmente	1*	6,3
Já usou para tratamento próprio		
Sim	3	18,8
Não	13	81,3
Frequência de uso para tratamento próprio nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	2	66,7
3 vezes ou mais	1	33,3
Já indicou para tratamento de um familiar ou amigo		
Sim	4	25,0
Não	12	75,0
Frequência de indicação para tratamento de familiar ou amigo nos últimos seis meses		
Menos de 3 vezes	3	75
3 vezes ou mais	1	25
Já indicou para tratamento da população atendida na UAPS		
Sim	0	0
Não	15	100
Total	85	100

*** Médico Cubano.**

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A maioria dos participantes desconhece essa prática (81,2%) e dos que a conhecem, 93,8% foi através de meios informais. Apenas 18,8% já fizeram uso

dessa prática e a maior parte (66,7%) menos de três vezes nos últimos seis meses. Entre os participantes que conhecem MA, 75% nunca indicou essa prática a amigos e familiares, sendo que 66,3% dos que fizeram, relatam frequência menor que três vezes nos últimos seis meses.

Nenhum dos participantes relatou indicação de Medicina Antroposófica aos usuários das UAPS em nenhum momento.

Ao serem perguntados se concordavam com a implementação da MA nas UAPS, 81,3% opinaram positivamente e o restante levantou como argumento a falta de confiança e sua visão pessoal de poucos resultados; pouco conhecimento sobre a prática e um participante apontou a terapia como sendo “chata”.

O Gráfico 2 apresenta a porcentagem das PIC de acordo com o conhecimento relatado pelos profissionais da APS no município de Santos Dumont. Destacamos que todos os participantes conhecem pelo menos uma PIC contemplada pela PNPIC, sendo que 12,9% (11) dos participantes, entre médicos (4), Enfermeiros (4), Agentes Comunitários de Saúde (2) e Auxiliar de Dentista (1), relataram conhecer todas as cinco PICs presentes na Política.

A PIC mais conhecida entre os profissionais de saúde que atuam na APS do município de Santos Dumont foi plantas medicinais e a fitoterapia (96,5%) e a menos conhecida é a Medicina Antroposófica (18,8%).

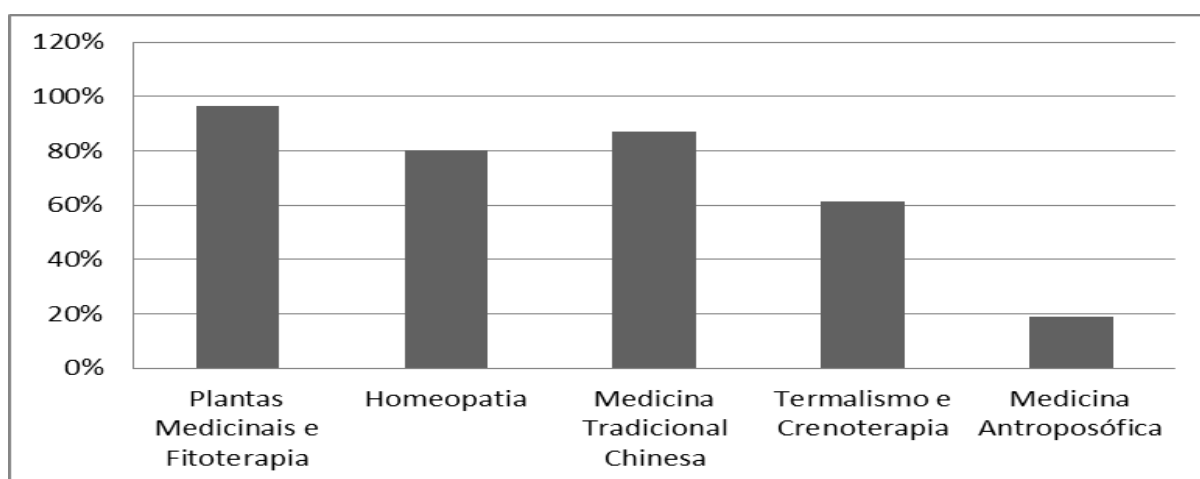


Gráfico 2: Conhecimento sobre Práticas Integrativas e Complementares pelos profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A PIC mais usada para tratamento próprio entre os profissionais de saúde das UAPS de Santos Dumont foi plantas medicinais e fitoterapia (79,3%) e a menos usada, Termalismo e crenoterapia (13,5%).

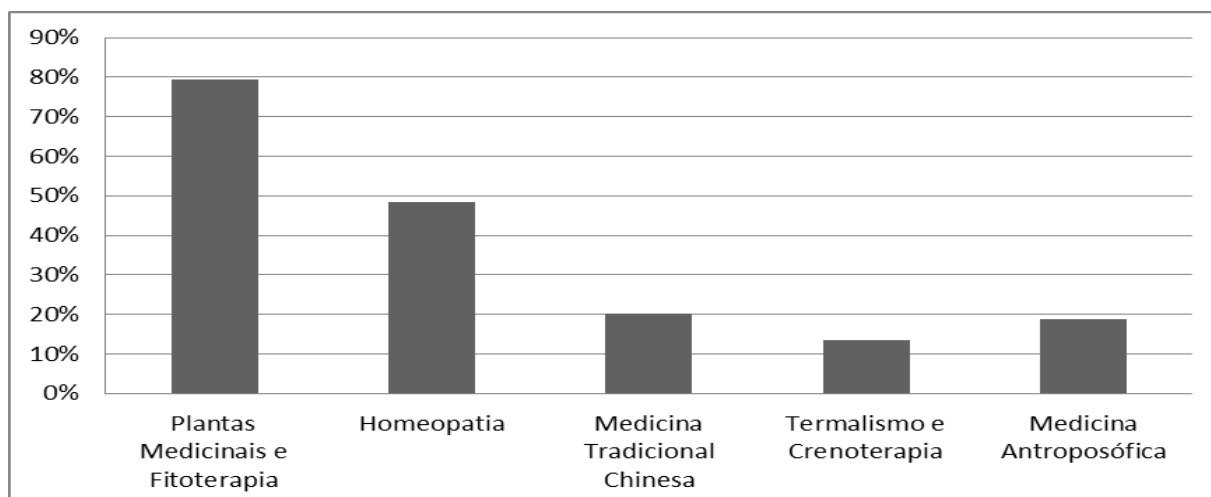


Gráfico 3: Práticas Integrativas e complementares usadas para tratamento próprio pelos profissionais de Saúde da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A PIC com melhor aceitação pelos participantes para implementação nas UAPS de Santos Dumont foi Plantas Medicinais e Fitoterapia (100%). E a que apresentou menor aceitação foi Termalismo e Crenoterapia (81,5%).

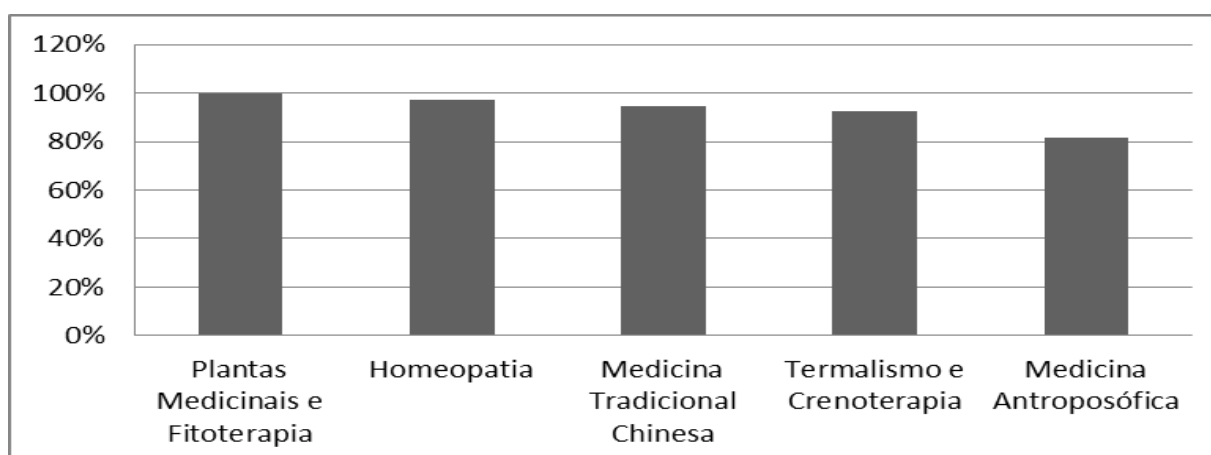
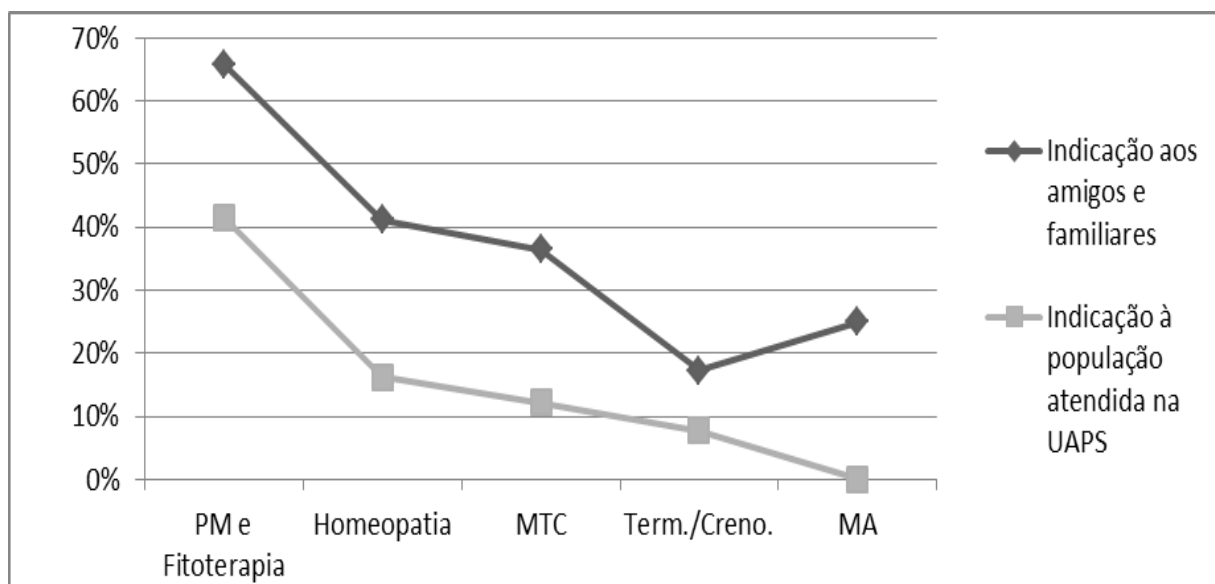


Gráfico 4: Aceitação da implementação das Práticas Integrativas e Complementares pelos Profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Através do gráfico 5 observamos também que a porcentagem de indicação das PICs para a população atendida nas UAPS é menor quando comparado com a indicação aos amigos e familiares.



PM – Plantas medicinais; MTC – Medicina Tradicional Chinesa; Term./Creno – Termalismo e Crenoterapia; MA – Medicina Antroposófica.

Gráfico 5: Indicação de Práticas Integrativas e Complementares aos amigos e familiares X Indicação de Práticas Integrativas e Complementares à população atendida na UAPS pelos Profissionais de Saúde – Santos Dumont.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Os participantes também foram questionados sobre quais outras práticas, voltadas para o cuidado em saúde, eles conheciam e que não havia sido abordada, sendo que 15,3% citaram outras práticas. Embora os profissionais de saúde pudessem responder mais de uma PIC, aqueles que conheciam, apontaram apenas uma prática. As seguintes práticas foram citadas: Yoga (3,5%), benzedeira, argiloterapia e massoterapia (2,4% cada uma), Do-in, hipnose clínica, caminhada (1,2% cada uma). Cabe destacar que um participante respondeu medicina chinesa.

Quando questionados sobre quais PICs gostariam de aprender, 24,7% responderam “todas” e 1,2% respondeu “nenhuma”. A prevalência no interesse em aprender/conhecer PICs seguiu a seguinte ordem: Plantas Medicinais e fitoterapia (69,4%), MTC (58,8%). Homeopatia (56,5%), Termalismos e Crenoterapia (40%), MA 35,3%) e um participante respondeu meditação (1,2%).

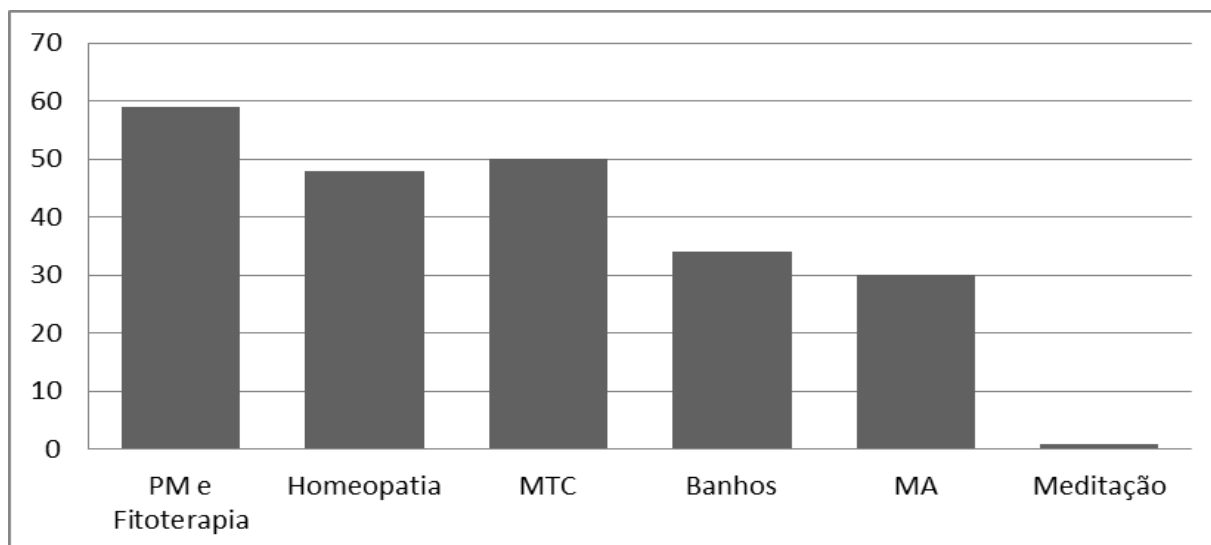


Gráfico 6: Práticas Integrativas e Complementares que os Profissionais de Saúde da APS gostariam de aprender e/ou conhecer – Santos Dumont.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

10.2 FATORES ASSOCIADOS AO USO E INDICAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVA E COMPLEMENTARES NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTOS DUMONT

Os resultados apresentados a seguir foram obtidos a partir da correlação das variáveis independentes com os desfechos de forma individual para cada PIC, através do Teste Exato de Fisher, considerando como valor de p estatisticamente significativo, aquele menor ou igual a 0,05 (THIAGO, 2009).

Na Tabela 7 estão apresentados os resultados das correlações entre as variáveis independentes com os desfechos “conhece Plantas Medicinais e Fitoterapia”, “usou Plantas Medicinais e Fitoterapia”, “indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para amigos e familiares” e “indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia à população atendida nas UAPS”. Sendo que, foram encontradas duas correlações com significância estatística, que se encontram destacadas a seguir.

Tabela 8 - Associação entre os desfechos “conhece Plantas Medicinais e Fitoterapia”, “usou Plantas Medicinais e Fitoterapia”, “indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para familiar e amigo” e “indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para população tendida na UAPS” e as variáveis indiretas em relação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).

Variáveis	Total	Conhece	Valor de p	Usou*	Valor de p	Indicou	Valor de p	Indicou	Valor de p
		PM e Fito				para familiar/amigos*		para Pop. UAPS*	
	N (%)	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)	
Idade			0,584		0,790		0,643		0,658
Maior de 37 anos	41 (48,2)	36 (94,7)		28 (77,8)		26 (72,2)		16 (44,4)	
Até 37anos	44 (51,8)	46 (97,9)		37 (80,4)		28 (60,9)		18 (39,1)	
Sexo			1		0,217		0,444		0,621
Masculino	23 (27,1)	22 (95,7)		15 (68,2)		13 (59,1)		8 (36,4)	
Feminino	62 (72,9)	60 (96)		50 (83,3)		41 (68,3)		26 (43,3)	
Religião			1		0,444		0,088		0,045**
Tem religião	74 (87,1)	71 (95,9)		55 (77,5)		44 (62)		26 (36,6)	
Não tem religião	11 (12,9)	11 (100)		10 (90,9)		10 (90,9)		8 (72,7)	
Renda (em salários mínimos)			1		0,236		0,443		0,440
Menor que 1	8 (9,4)	8 (100)		7 (87,5)		5 (62,5)		5 (62,5)	
Entre > 1 e 4	50 (58,8)	48 (96)		36 (75)		29 (60,4)		18 (37,5)	
Entre > 4 e 7	18 (21,2)	17 (94,4)		16 (94,1)		14 (82,4)		6 (35,3)	
Maior que 7	9 (11)	9 (100)		6 (66,7)		6 (66,7)		5 (55,6)	
Categoria Profissional			0,672		0,894		0,348		0,008**
ACS	47 (55,3)	45 (95,7)		36 (80)		27 (60)		14 (31,1)	
Téc. Enf.	12 (14,1)	11 (91,7)		8 (72,7)		6 (54,5)		2 (18,2)	
Enfermeiro	8 (9,4)	8 (100)		7 (87,5)		7 (87,5)		5 (62,5)	
Médico	15 (17,6)	15 (100)		11 (73,3)		12 (80)		11 (73,3)	
Prof. Odonto.	3 (3,5)	3 (100)		3 (100)		2 (66,7)		2 (66,7)	
Escolaridade			1		1		0,273		0,003**
2º grau completo	53 (62,4)	50 (94,3)		39 (78)		31 (62)		15 (30)	
Univ. Incompleto	5 (5,9)	5 (100)		4 (80)		3 (60)		1 (20)	
Univ. Completo	12 (14,1)	12 (100)		10 (83,3)		7 (58,3)		6 (50)	
Pós-graduação	15 (17,6)	15 (100)		12 (80)		13 (86,7)		12 (80)	
Total	85 (100)	82 (100)		65(100)		54 (100)		34 (100)	

PM – Plantas Medicinais, Fito – Fitoterapia, UAPS – Unidade Atenção Primária à Saúde, ACS – Agente Comunitário de Saúde, Tec. Enf. – Técnico de Enfermagem. Prof. Odonto. – Profissionais de odontologia, Univ. – Universitário;

*Contempla apenas os participantes que responderam positivamente se conhecem Plantas Medicinais e Fitoterapia, cujo total corresponde à coluna “Conhece”.

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

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

A correlação entre as variáveis “religião” e “escolaridade” apresentaram significância estatística ao serem associadas ao desfecho “indicou plantas medicinais e fitoterapia à população atendida pela UAPS” (p= 0,045 e p= 0,003,

respectivamente). Contudo, a associação dessas variáveis com os demais desfechos não se mostrou significativa estatisticamente. Em relação às variáveis “idade”, “sexo”, “renda” e “categoria profissional” não foram encontrados resultados com significância estatística para os demais desfechos propostos.

Outro fato interessante é que entre os que possuem menor renda (abaixo de um salário mínimo) e os que possuem maior renda (acima de sete salários mínimos), todos conhecem Plantas medicinais e fitoterapia, ou seja, o conhecimento sobre esta prática não tem a ver com a condição financeira. O mesmo ocorre quando associamos ao desfecho “indicou para população atendida na UAPS”, sendo que 62,5% dos participantes com renda inferior a um salário mínimo responderam positivamente e a maioria dos que possuem renda superior a sete salários mínimos (55,6%) também o fizeram. Contudo, o mesmo não ocorre ao cruzamos essa variável aos demais desfechos.

Em nossa população de estudo, percebemos que todos os profissionais de ensino superior afirmam conhecer plantas medicinais e fitoterapia, sendo que a categoria profissional que mais usou para tratamento próprio e indicou para familiares e amigos foram os enfermeiros (87,5% em ambos cruzamentos). Contudo em relação à indicação dessa prática à população atendida na UAPS, a maioria dos profissionais de nível superior indicou.

A Tabela a seguir apresenta os resultados do Teste Exato de Fisher para correlação entre as variáveis independentes e os desfechos “conhece Homeopatia”, “usou Homeopatia”, “indicou Homeopatia para amigo ou familiar” e “indicou Homeopatia para população atendida pela UAPS”. Encontramos três correlações cujos resultados foram estatisticamente significativos e que se encontram realçados na Tabela 9.

Quando associadas ao desfecho “conhece homeopatia”, as variáveis “categoria profissional” e “escolaridade” apresentaram significância estatística ($p = 0,26$ e $p = 0,033$, respectivamente). A variável “religião” também pode ser associada ao desfecho “indicou homeopatia para familiares e amigos”, com valor de $p = 0,005$. Em relação às demais associações, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Tabela 9 - Associação entre os desfechos “conhece homeopatia”, “usou homeopatia”, “indicou homeopatia para familiar e amigo” e “indicou homeopatia para população tendida na UAPS” e as variáveis indiretas em relação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).

Variáveis	Total	Conhece Hom.	Valor de p	Usou*	Valor de p	Indicou para familiar/amigos*	Valor de p	Indicou para Pop. UAPS*	Valor de p
	N (%)	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)	
Idade			0,791		0,465		0,624		0,749
Maior de 37 anos	41 (48,2)	31 (81,6)		17 (54,8)		14 (45,2)		5 (16,1)	
Até 37 anos	44 (51,8)	37 (78,7)		16 (43,2)		14 (37,8)		6 (16,2)	
Sexo			1		0,107		0,786		0,163
Masculino	23 (27,1)	19 (82,6)		6 (31,6)		7 (36,8)		1 (5,3)	
Feminino	62 (72,9)	49 (79)		27 (55,1)		21 (42,9)		10 (20,4)	
Religião			0,110		0,335		0,005**		0,677
Tem religião	74 (87,1)	57 (77)		26 (45,6)		19 (33,3)		10 (17,5)	
Não tem religião	11 (12,9)	11 (100)		7 (63,6)		9 (81,8)		1 (9,1)	
Renda (em salários mínimos)			0,152		0,445		0,779		1
Menor que 1	8 (9,4)	8 (100)		4 (50)		4 (50)		1 (12,5)	
Entre > 1 e 4	50 (58,8)	38 (76)		20 (52,6)		17 (44,7)		7 (18,4)	
Entre > 4 e 7	18 (21,2)	13 (72,2)		7 (53,8)		4 (30,8)		2 (15,4)	
Maior que 7	9 (10,6)	9 (100)		2 (22,2)		3 (33,3)		1 (11,1)	
Categoria Profissional			0,026**		0,721		0,897		0,230
ACS	47 (55,3)	32 (68,1)		18 (56,2)		14 (43,8)		3 (9,4)	
Téc. Enf.	12 (14,1)	10 (83,3)		4 (40)		4 (40)		2 (20)	
Enfermeiro	8 (9,4)	8 (100)		3 (37,5)		2 (25)		3 (37,5)	
Médico	15 (17,6)	15 (100)		6 (40)		7 (46,7)		2 (13,3)§	
Prof. Odonto.	3 (3,5)	3 (100)		2 (66,7)		1 (33,3)		1 (33,3)	
Escolaridade			0,033**		0,052		0,183		0,152
2º grau completo	53 (62,4)	39 (73,6)		20 (51,3)		16 (41)		6 (15,4)	
Univ. Incompleto	5 (5,9)	3 (60)		3 (100)		3 (100)		0 (0)	
Univ. Completo	12 (14,1)	11 (91,7)		2 (18,2)		3 (27,3)		0 (0)	
Pós-graduação	15 (17,6)	15 (100)		8 (53,3)		6 (40)		5 (33,3)	
Total	85 (100)	68 (100)		33 (100)		28 (100)		11 (100)	

Hom.- Homeopatia, UAPS - Unidade Atenção Primária à Saúde, ACS – Agente Comunitário de Saúde, Tec. Enf. – Técnico de Enfermagem, Prof. Odonto. – Profissionais de Odontologia, Univ. – Universitário.

***Contempla apenas os participantes que responderam positivamente se conhecem Homeopatia, cujo total corresponde à coluna “Conhece”.**

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

§Todos médicos cubanos

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Ainda que sem significância estatística, destacamos que a maioria dos profissionais de saúde da APS de Santos Dumont do sexo masculino (82,6%) e sexo feminino (79%) conhece homeopatia. Contudo, quando comparamos a variável sexo, notamos que os profissionais do sexo feminino usam mais, indicam mais para

familiares e amigos e para a população atendida na UAPS, (55,1%, 42,9%, 20,4%, respectivamente) em relação ao sexo masculino (31,6%, 36,8%, 5,3%, respectivamente).

Todos os profissionais que não possuem religião conhecem homeopatia, sendo que a maioria usou (63,6%) e indicou (81,8%) essa prática à amigos e familiares. Já os que possuem religião, apenas 45,6% diz ter usado homeopatia para tratamento próprio e 33,3% indicado à amigos e familiares.

Em relação à renda, todos os profissionais de saúde que possuem rendimento inferior a um salário mínimo e aqueles cuja receita é superior a sete salários mínimos afirmaram conhecer homeopatia.

Todos os profissionais cujo cargo exige nível superior, ou seja, médicos, enfermeiros e dentista, conhecem homeopatia. Quanto aos profissionais de nível médio e técnico, a maioria dos agentes comunitários de saúde (68,1%) e técnicos de enfermagem (83,3%) conhece a homeopatia.

A Tabela 10 apresenta os resultados do teste de associação estatística, considerando como desfechos “Conhece Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura”, “usou Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura”, “indicou Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura para amigos e familiares” e “indicou Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura à população atendida nas UAPS” com as variáveis indiretas. Os resultados com significância estatística estão destacados na Tabela 10.

A correlação do desfecho “usou Medicina Tradicional Chinesa - acupuntura” com a variável “categoria profissional” apresentou resultado significativo estatisticamente ($p = 0,013$). Além disso, o resultado das correlações entre as variáveis “religião”, “categoria profissional” e “escolaridade” com o desfecho “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para familiares e amigos” também apresentaram significância estatística ($p = 0,000$ para as três correlações). Destacamos ainda, que ao correlacionarmos o desfecho “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para a população atendida na UAPS” com a variável “escolaridade” encontramos significância estatística igual a 0,030.

Tabela 10 - Associação entre variáveis indiretas e os desfechos “conhece Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura”, “usou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura”, “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para familiar e amigo” e “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para população tendida pela UAPS” em relação aos profissionais da atenção primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).

Variáveis	Total	Conhece MTC	Valor de p	Usou *	Valor de p	Indicou para familiar/amigos *	Valor de p	Indicou para Pop. UAPS *	Valor de p
	N (%)	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)	
Idade			1		0,246		0,467		0,723
Maior de 37 anos	41 (48,2)	33 (86,8)		9 (27,3)		14 (42,4)		5 (15,2)	
Menor de 37 anos	44 (51,8)	41 (87,2)		6 (14,6)		13 (31,7)		4 (9,8)	
Sexo			0,159		0,662		1		0,679
Masculino	23 (27,1)	18 (78,3)		3 (16,7)		6 (33,3)		3 (16,7)	
Feminino	62 (72,9)	56 (90,3)		12 (21,4)		21 (37,5)		6 (10,7)	
Religião			1		0,414		0,000**		0,097
Tem religião	74 (87,1)	64 (86,5)		12 (18,8)		18 (28,1)		6 (9,4)	
Não tem religião	11 (12,9)	10 (90,9)		3 (30)		9 (90)		3 (30)	
Renda (em Salários Mínimos)			0,870		0,851		0,067		0,541
Menor que 1	8 (9,4)	8 (100)		2 (25)		5 (62,5)		2 (25)	
Entre > 1 e 4	50 (58,8)	43 (86)		9 (20,9)		11 (25,6)		4 (9,3)	
Entre > 4 e 7	18 (21,2)	15 (83,3)		2 (13,3)		6 (40)		2 (13,3)	
Maior que 7	9 (10,6)	8 (88,9)		2 (25)		5 (62,5)		1 (12,5)	
Categoria Profissional			0,741		0,013**		0,000**		0,069
ACS	47 (55,3)	39 (83)		5 (12,8)		7 (17,9)		4 (10,3)	
Téc. Enf.	12 (14,1)	10 (83,3)		1 (10)		2 (20)		0 (0)	
Enfermeiro	8 (9,4)	8 (100)		2 (25)		5 (62,5)		0 (0)	
Médico	15 (17,6)	14 (93,3)		4 (28,6)§		10 (71,4)		5 (35,7)	
Prof. Odonto.	3 (3,5)	3 (100)		3 (100)		3 (100)		0 (0)	
Escolaridade			0,348		0,214		0,000**		0,030**
2º grau completo	53 (62,4)	45 (84,9)		6 (13,3)		7 (15,6)		2 (4,4)	
Univ. Incompleto	5 (5,9)	4 (80)		1 (25)		3 (75)		1 (25)	
Univ. Completo	12 (14,1)	10 (83,3)		3 (30)		7 (70)		2 (20)	
Pós-graduação	15 (17,6)	15 (100)		5 (33,3)		10 (66,7)		4 (26,7)	
Total	85 (100)	74 (100)		15 (100)		27 (100)		9 (100)	

MTC – Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, UAPS - Unidade Atenção Primária à Saúde, ACS – Agente Comunitário de Saúde, Tec. Enf. – Técnico de Enfermagem, Prof. Odonto. – Profissionais de Odontologia, Univ. - Universitário;

***Contempla apenas os participantes que responderam positivamente se conhecem Medicina Tradicional Chinesa, cujo total corresponde à coluna “Conhece”.**

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

§ Todos médicos cubanos

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Ademais, notamos que enquanto a maioria dos profissionais de saúde da APS de Santos Dumont que não possuem religião afirmou indicar MTC - acupuntura aos familiares e amigos (90%), apenas 28,1% dos que afirmaram ter religião o fizeram.

Embora sem significância estatística, em relação à renda, 62,5% dos profissionais de saúde que possuem rendimento inferior a um salário mínimo e 62,5% daqueles cuja receita é superior a sete salários mínimos afirmaram indicar MTC – acupuntura aos familiares e amigos, sendo que as demais faixas de renda, não alcançaram 50%.

Todos os enfermeiros e profissionais de odontologia responderam conhecer MTC – acupuntura. Contudo, nenhum técnico de enfermagem, enfermeiro ou profissional de odontologia indicou essa terapêutica à população atendida na UAPS.

Os resultados das correlações entre as variáveis independentes e os desfechos “conhece banhos e águas minerais para tratamento em saúde”, “Usou banhos e águas minerais para tratamento em saúde”, “Indicou banhos e águas minerais para tratamento em saúde à amigos e familiares” e “Indicou banhos e águas minerais para tratamento em saúde à população atendida na UAPS” estão expostos a seguir, sendo que três correlações apresentaram significância estatística, em destaque na Tabela 11.

Dos profissionais de saúde da APS de Santos Dumont que não possuem religião, 44,4% indicaram banhos e águas minerais para cuidado em saúde à um amigo ou familiar, enquanto que entre aqueles que possuem religião, apenas 11,6% indicaram essa prática.

Em relação à variável renda, nenhum participante com renda superior a sete salários mínimos informou fazer uso ou ter indicado essa prática à população atendida na UAPS, sendo que a maior frequência foi entre os profissionais com rendimento inferior a um salário mínimo (42,9%, 28,6% e 14,3%, respectivamente).

Cabe destacar que nenhum enfermeiro ou profissional de odontologia declarou indicar essa prática à familiares e amigos ou à população atendida na UAP. Sendo que a categoria com mais profissionais que indicou essa prática foram os médicos (15,4%), porém, apontamos que se trata exclusivamente de médicos cubanos.

Tabela 11 - Associação entre variáveis indiretas e os desfechos “conhece”, “uso”, “indica para familiar e amigo” e “indica para população tendida pela UAPS” Banhos e Águas minerais em relação aos profissionais da atenção primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).

Variáveis	Total	Conhece Banhos e Águas Term.	Valor de p	Usou*	Valor de p	Indicou para familiares/amigos*	Valor de p	Indicou para Pop. UAPS*	Valor de p
	N (%)	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)	
Idade			0,505		0,698		0,722		1
Maior de 37 anos	41 (48,2)	25 (65,8)		4 (16)		5 (20)		2 (8)	
Menor de 37 anos	44 (51,8)	27 (57,4)		3 (11,1)		4 (14,8)		2 (7,4)	
Sexo			1		0,659		1		0,564
Masculino	23 (27,1)	14 (60,9)		1 (7,1)		2 (14,3)		0 (0)	
Feminino	62 (72,9)	38 (61,3)		6 (15,8)		7 (18,4)		4 (10,5)	
Religião			0,190		0,590		0,037 **		1
Tem religião	74 (87,1)	43 (58,1)		5 (11,6)		5 (11,6)		4 (9,3)	
Não tem religião	11 (12,9)	9 (81,8)		2 (22,2)		4 (44,4)		0 (0)	
Renda (em salários mínimos)			0,446		0,129		0,666		0,760
Menor que 1	8 (9,4)	7 (87,5)		3 (42,9)		2 (28,6)		1 (14,3)	
Entre > 1 e 4	50 (58,8)	29 (58)		3 (10,3)		5 (17,2)		3 (10,3)	
Entre > 4 e 7	18 (21,2)	10 (55,6)		1 (10)		2 (20)		0 (0)	
Acima de 7	9 (10,6)	6 (66,7)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Categoria Profissional			0,028**		0,033**		0,293		0,616
ACS	47 (55,3)	24 (51,1)		2 (8,3)		3 (12,5)		1 (4,2)	
Téc. Enf.	12 (14,1)	10 (83,3)		0 (0)		1 (10)		1 (10)	
Enfermeiro	8 (9,4)	4 (50)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Médico	15 (17,6)	13 (86,7)		4 (30,8)		5 (38,5)		2 (15,4)§	
Prof. Odonto.	3 (3,5)	1 (33,3)		1 (100)		0 (0)		0 (0)	
Escolaridade			0,477		0,216		0,192		0,524
2º grau completo	53 (62,4)	29 (54,7)		2 (5,9)		3 (10,3)		2 (6,9)	
Univ. incompleto	5 (5,9)	4 (80)		1 (25)		1 (25)		0 (0)	
Univ. Completo	12 (14,1)	8 (66,7)		1 (12,5)		1 (12,5)		0 (0)	
Pós-graduação	15 (17,6)	11 (73,3)		3 (27,3)		4 (36,4)		2 (18,2)	
Total	85(100)	52 (100)		7 (100)		9 (100)		4 (100)	

Banhos e Águas Term. - Banhos e Águas minerais, UAPS - Unidade Atenção Primária à Saúde, ACS – Agente Comunitário de Saúde, Tec. Enf. – Técnico de Enfermagem, Prof. Odonto. – Profissionais de Odontologia, Univ. – Universitário.

***Contempla apenas os participantes que responderam positivamente se conhecem Banhos e Águas minerais para cuidado em saúde, cujo total corresponde à coluna “Conhece”.**

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

§Todos médicos cubanos

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

As correlações entre os desfechos “conhece Medicina Antroposófica”, “usou Medicina Antroposófica” e “indicou Medicina Antroposófica para amigos e familiares”

e as variáveis indiretas são apresentadas a seguir. Em destaque, na Tabela 12, estão os resultados das correlações que apresentaram significância estatística.

Tabela 12 - Associação entre variáveis indiretas e os desfechos “conhece Medicina Antroposófica”, “usou Medicina Antroposófica”, “indicou Medicina Antroposófica para familiar e amigo” e “indicou Medicina Antroposófica para população atendida pela UAPS” em relação aos profissionais da Atenção Primária à Saúde – Santos Dumont – 2015 (N=85).

Variáveis	Total	Conhece MA	Valor de p	Usou*	Valor de p	Indicou para familiars/ amigos *	Valor de p
	N (%)	N (%)		N (%)		N (%)	
Idade			0,586		0,250		0,629
Maior de 37 anos	41 (48,2)	6 (15,8)		0 (0)		1 (16,7)	
Menor de 37 anos	44 (51,8)	10 (21,3)		3 (30)		3 (30)	
Sexo			0,757		1		0,245
Masculino	23 (27,1)	5 (21,7)		1 (20)		0 (0)	
Feminino	62 (72,9)	11 (17,7)		2 (18,2)		4 (36,4)	
Religião			0,681		1		0,250
Tem religião	74 (87,1)	15 (20,3)		3 (20)		3 (20)	
Não tem religião	11 (12,9)	1 (9,1)		0 (0)		1 (100)	
Renda (em salários mínimos)			0,000**		1		0,281
Menor que 1	8 (9,4)	2 (25)		0 (0)		0 (0)	
Entre > 1 e 4	50 (58,8)	5 (10)		1 (20)		3 (60)	
Entre > 4 e 7	18 (21,2)	2 (11,1)		0 (0)		0 (0)	
Acima de 7	9 (10,6)	7 (77,8)		2 (28,6)		1 (14,3)	
Categoria Profissional			0,000**		0,325		0,448
ACS	47 (55,3)	3 (6,4)		0 (0)		1 (33,3)	
Téc. Enf.	12 (14,1)	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Enfermeiro	8 (9,4)	6 (75)		1 (16,7)		1 (16,7)	
Médico	15 (17,6)	6 (40)		1 (16,7)		1 (16,7)§	
Prof. Odonto.	3 (3,5)	1 (33,3)		1 (100)		1 (100)	
Escolaridade			0,000 **		0,250		0,254
2º grau completo	53 (62,4)	3 (5,7)		1 (33,3)		2 (66,7)	
Univ. Incompleto	5 (5,9)	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Univ. Completo	12 (14,1)	6 (50)		2 (33,3)		1 (16,7)	
Pós -graduação	15 (17,6)	7 (46,7)		0 (0)		1 (14,3)	
Total	85 (100)	16 (100)		3 (100)		4 (100)	

MA – Medicina Antroposófica, UAPS - Unidade Atenção Primária à Saúde, ACS – Agente Comunitário de Saúde, Tec. Enf. – Técnico de Enfermagem, Prof. Odonto. – Profissionais de Odontologia, Univ. - Universitário;

*Contempla apenas os participantes que responderam positivamente se conhecem Medicina Antroposófica, cujo total corresponde à coluna “Conhece”.

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

§ Todos médicos cubanos

§§Essa Tabela não apresenta a coluna “indicação para população atendida na UAPS”, pois nenhum participante respondeu positivamente essa questão.

Fonte: DEUS, R.L., 2015.

Os resultados do Teste de Fisher apresentaram significância estatística na correlação entre o desfecho “Conhece Medicina Antroposófica” e as variáveis indiretas “renda”, “categoria profissional” e “escolaridade” ($p = 0,000$ para as três correlações).

Embora sem significância estatística, chamamos a atenção para o fato de que entre os menores de 37 anos, nenhum dos profissionais das UAPS de Santos Dumont usou Medicina Antroposófica para tratamento próprio enquanto que 30% dos que possui idade igual ou superior a 37 anos já usaram essa prática.

Na população estudada, percebemos que entre os profissionais com renda superior a sete salários mínimos, a maioria (77,8%) conhece a MA, o que não acontece com as demais faixas de rendimento.

Ressaltamos ainda que nenhum técnico de enfermagem conhece MA, e consequentemente não usou nem indicou essa prática a ninguém.

A MA é mais conhecida entre os profissionais com ensino superior (50%) e pós-graduação (46,7%), sendo que entre os que possuem ensino médio completo, apenas 5,7% a conhecem e nenhum participante com ensino superior incompleto conhece essa terapêutica.

11 DISCUSSÃO

11.1 OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SANTOS DUMONT

Verificamos que a maioria dos profissionais da atenção primária à saúde de Santos Dumont pertence ao sexo feminino (72,9%), o que corrobora com o perfil dos trabalhadores da APS encontrado por outros pesquisadores em seus estudos (COSTA et al., 2013; THIAGO, 2009; PARANAGUÁ 2008). Somado a isso, temos que a população sandumonense é formada por 23.788 mulheres (52%) e 22.496 homens (48%) (IBGE, 2010).

Com relação à idade, a média foi de 37,5 anos. Em sua pesquisa com os profissionais de saúde da atenção primária de Florianópolis, Thiago (2009) encontrou valores próximos da média de idade em sua população (35 anos). Além disso, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 6% da população sandumonense pertencem à faixa etária de 35 a 39 anos.

Apontamos ainda que os trabalhadores de saúde das UAPS de Santos Dumont são majoritariamente brancos, católico, casados, assim como a grande maioria da população do município (IBGE, 2010).

A renda dos profissionais se concentrou na faixa de maior que um a quatro salários mínimos (R\$ 788,07 a R\$ 3152,24)⁵. Segundo informações da Pesquisa Mensal de Emprego, realizada pelo IBGE (2015) que abrangeu seis regiões metropolitanas brasileiras (Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre), o rendimento médio real habitual dos trabalhadores foi estimado, no mês de novembro de 2015, em R\$ 2.177,20, considerando que o salário mínimo neste período foi de R\$ 788,06 (setecentos e oitenta e oito reais e seis centavos), significa que a renda média desses trabalhadores foi 2,8 salários mínimos. Em comparação com a população do nosso estudo, podemos afirmar que os profissionais apresentam, majoritariamente, renda semelhante à encontrada nesta pesquisa (IBGE, 2015).

⁵ Valor do salário mínimo em 2015 - R\$788,06 (setecentos e oitenta e oito reais e seis centavos).

Em relação à categoria profissional predominante ser os agentes comunitários de Saúde se justifica pelo fato da equipe mínima de ESF ser composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e até seis ACS (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011c).

Além disso, durante a pesquisa de campo, contamos com a participação de 11 médicos cubanos atuantes no Programa “Mais Médicos”, representando 12,94% de nossos participantes.

O Programa “Mais Médicos” tem por finalidade formar recursos humanos na área médica para o SUS. A fim de suprir de forma rápida a carência de profissionais médicos nas localidades mais necessitadas, o programa apresenta um eixo emergencial no qual é garantido o atendimento desses municípios na Atenção Básica com profissionais selecionados pelo Ministério da Saúde através de editais. A prioridade para a chamada de profissionais atuarem junto ao Programa Mais Médicos é daqueles que têm registro de atuação médica no Brasil, seguidos por médicos brasileiros formados no exterior e por último, médicos estrangeiros formados no exterior. Depois de feitas todas essas chamadas, caso ainda sobrem vagas, os médicos cubanos da cooperação internacional são convocados, dentro de um acordo internacional feito entre Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2013e; BRASIL, s.d.).

Os profissionais de saúde cubanos, entre eles os médicos, são conhecidos pelo seu avanço no âmbito da saúde, em especial, quando conseguem associar a medicina natural e tradicional à alopatria. Os médicos Cubanos, participantes dessa pesquisa, informaram ter realizado um curso denominado Pós-Graduação em Medicina Natural e Tradicional como complementação de sua formação. Embora tal situação possa representar um viés na pesquisa, podemos levar em conta a contribuição desses profissionais na aplicação e divulgação das PICs na saúde pública brasileira, em especial na APS.

Em todas as categorias profissionais (com exceção da odontologia), encontramos trabalhadores com nível de escolaridade acima do exigido para o cargo, demonstrando que esses profissionais têm investido em capacitação e atualização, além de aprimorar seus conhecimentos.

Em relação à escolaridade, entre os ACS, maioria entre as categorias profissionais, encontramos trabalhadores com níveis de escolaridade acima do exigido para o cargo, uma vez que a Lei Nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, coloca

como um dos requisitos para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde a conclusão do ensino fundamental, a menor escolaridade exigida à um profissional de saúde da APS. Contudo a escolaridade mínima verificada entre os participantes da pesquisa foi ensino médio Completo. O que demonstra que todos os ACS possuem escolaridade acima do exigido à sua função (BRASIL, 2006f).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012a), a equipe de profissionais de nível superior não necessita de especialização, sendo necessária apenas a formação generalista, ou seja, ensino superior completo. Contudo, notamos que 62,5% dos profissionais de nível superior, possuem pós-graduação.

Os níveis de escolaridade, acima dos exigido para exercer a função, encontrados na população do estudo, corroboram com as informações apontadas pelo IBGE (2012), em que mostra a elevação no nível da educação da população brasileira entre 2000 e 2010. Tal fato indica ainda disposição e interesse por parte do profissional, o que pode representar maior receptividade para novas propostas de cursos/ oficinas/aprendizado.

Sobre o tempo de residência dos profissionais de saúde no município, percebemos que, embora sejam a minoria, 7,1% dos entrevistados precisam se deslocar diariamente até a cidade de Santos Dumont, sendo que alguns desses estão alocados em unidades da zona rural, o que acarreta maior tempo de deslocamento até o destino e consequentemente maior desgaste do profissional. Por outro lado, a maioria (92,9%) dos profissionais reside em Santos Dumont, sendo que 72,9% moram no município há mais de 20 anos. Isso nos leva a crer que, ao fazer parte da comunidade local, esses profissionais representam a própria população e poderão incentivar outras pessoas a participar de ações que fortaleçam as atividades de políticas públicas voltadas para a área da saúde, em especial as PICs, além de conhecer e pertencer à realidade sociodemográfica e cultural dos moradores.

11.2 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM SANTOS DUMONT

Em relação a presença de Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont, encontramos que apenas uma

UAPS, pertencente à zona rural, trabalha com PIC, mais especificamente com plantas medicinais. As plantas medicinais fazem parte da cultura local, influenciada pela presença de comunidades quilombolas, além de deterem conhecimento tradicional sobre seu uso (ROGÉRIO, 2014; SIQUEIRA, 2014).

É importante reforçar que desde 2012 com a publicação do Caderno de Atenção Básica nº 31 do Ministério da Saúde intitulado “Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica” que veio entre outras ações, estimular a implantação de novos programas no SUS, com melhoria do acesso da população a produtos e serviços seguros e de qualidade; estruturar e fortalecer a atenção em fitoterapia, com ênfase na Atenção Básica/Saúde da Família, o que reforça e apoia a presença desta PIC nesse nível de atenção (BRASIL, 2012e).

Além disso, verificamos informações contrastantes na qual alguns profissionais afirmaram que a UAPS em que atuam trabalhava com PIC enquanto outros, alocados na mesma unidade desconheciam esse fato. O fato de trabalhadores de uma mesma unidade apresentarem respostas tão divergentes a respeito da oferta de PICs em seu local de trabalho. Tal situação pode representar uma lacuna na comunicação e relacionamento interpessoal entre os profissionais, além de trabalho isolado e fragmentado entre os integrantes da equipe de saúde, podendo levar à sérias consequências, inclusive à saúde do trabalhador.

Entre os estressores do ambiente de trabalho, estão àqueles relacionados à estrutura organizacional, como os estilos de gerenciamento, a falta de participação por parte dos membros da equipe de saúde e a pobre comunicação entre os profissionais que nela atuam. A falta de domínio sobre o próprio trabalho contribui não apenas para o estresse ocupacional, mas também para o aumento de sentimento de insatisfação profissional, podendo intervir diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores, assim como nas relações humanas e na produtividade, uma vez que compromete a saúde do trabalhador, quer seja física ou psicológica. (MARTIN, 2011; LIMA, 2010).

Considerando as consequências negativas do estresse ocupacional e a presença de fatores desencadeantes no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde da APS de Santos Dumont, levantamos a necessidade de estudos voltados para esse enfoque a fim de confirmar a hipótese levantada anteriormente.

Encontramos também que a MA é a prática menos conhecida (18,8%) entre os profissionais de APS de Santos Dumont e Plantas medicinais a de maior conhecimento (96,5%).

Em sua pesquisa, Thiago e Tesser (2011) apontaram que parte dos profissionais não conhece ou conhece pouco sobre a Medicina Antroposófica, ayurveda e a tradicional chinesa, grau moderado de conhecimento para a homeopatia e para a acupuntura, em contraste ao maior desconhecimento da fitoterapia e das plantas medicinais.

A Medicina Antroposófica é uma prática recente se comparada com as demais, desenvolvida no final do século XIX e ainda pouco difundida, inclusive para profissionais de saúde, uma vez que os preceitos dessa e de outras PICs se encontram limitados na formação acadêmica (MORAES, 2005; MINAS GERAIS, 2013e).

Já a utilização de plantas medicinais para tratamento, cura e prevenção de doenças confunde-se com o próprio surgimento da humanidade, além de se tratar de uma prática fortemente presente na cultura local de Santos Dumont e por ser de fácil acesso e baixo custo, uma vez que a maioria da população possui quintal para seu plantio (NEVES et al., 2012; MORAES, 2005; DUNIAU, 2003).

Embora em nosso estudo a maioria dos profissionais tenha afirmado conhecer as PICs de maneira informal, não significou necessariamente falta de conhecimento sobre as mesmas, uma vez que o saber sobre determinada prática pode estar atrelado aos ensinamentos de cunho tradicional e popular, todavia, restringiu sua indicação, em especial para a população atendida na UAPS.

Ao compararmos a indicação das PICs para amigos e familiares com a indicação para a população atendida nas UAPS, percebemos que esses números diminuem consideravelmente, ou seja, em nossa população de estudo os profissionais de saúde indicam mais práticas integrativas e complementares à familiares e amigos do que à população atendida na UAPS. No primeiro caso, podemos considerar uma indicação informal baseada apenas na confiança. Já o segundo caso envolve, de forma institucionalizada, a responsabilidade ética profissional e embasamento científico, este último, ainda pouco presente nas academias (MORALES et al., 2015; SOUSA, et al., 2012; SANTOS et al., 2009; SALLES, 2008; SENA, 2007).

Em relação ao uso de PIC para cuidados próprios, a prática de maior uso entre os profissionais de saúde da APS de Santos Dumont foi plantas medicinais e fitoterapia (79,3%) e a de menor uso foi termalismo e crenoterapia (13,5%). O mesmo ocorreu com a aceitação para implementação/implantação dessas PICs nas UAPS, Plantas medicinais e fitoterapia foi a única prática aceita por todos os participantes enquanto que Termalismo e crenoterapia ficaram em último lugar com 81,5 % de aprovação entre os profissionais de saúde da APS de Santos Dumont.

Como já exposto, o uso de plantas medicinais está enraizado na cultura sandumonense, uma vez que essas se encontram disponíveis nas casas e nas feiras livres de forma acessível e com baixo ou nenhum custo, o que justifica seu emprego para cuidados próprios em saúde e sua maior aceitação de institucionalização. Já o termalismo-crenoterapia ainda é pouco explorado no Brasil e o acesso à essa terapêutica é limitado, seja por questões geográficas, seja por falta de conhecimento, sendo compreendida, pela maior parte população, mais como uma prática de lazer do que de fato terapêutica (QUINTELA, 2004).

11.2.1 Uso e indicação de Plantas Medicinais e Fitoterapia por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont

Em Santos Dumont, encontramos que a maioria dos profissionais da APS (96,5%) conhece plantas medicinais e fitoterapia, sendo que a fonte de conhecimento provém, em maior parte, de ensino informal (86,6%), ou seja, através de amigos e familiares ou outras fontes não científicas. Somado a isso, parte da população sandumonense possui quintais onde podem facilmente cultivar plantas medicinais e auxiliar na disseminação dessa prática (ROGÉRIO, 2014; SIQUEIRA, 2014).

O emprego de plantas para fins medicinais é antigo, sendo que vários estudos que abordam plantas medicinais e fitoterapia defendem que o conhecimento sobre essa prática tem sua origem no berço familiar, nos aprendizados transmitidos ao longo das gerações e no convívio social. Contudo, não somente o conhecimento, mas a obtenção de plantas medicinais também se dá através de amigos e parentes, devido à facilidade de acesso. (ARAÚJO et al., 2015; REIS et al., 2014; LIMA et al.,

2014; FONTANELLE et al., 2013; ROSA et al., 2012; LIMA; MAGALHÃES; SANTOS; 2011; CHEHUEN NETO et al., 2010; MACEDO et al., 2007; ALVES; SILVA, 2003).

Em um estudo realizado com médicos da ESF, a fonte de conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos advinha da aproximação com conteúdos relacionados à temática abordados de forma transversal ou pontual ao longo da graduação e pós-graduação, através do exercício da prática profissional e principalmente, à consultoria dos representantes comerciais de produtos fitoterápicos ao serviço de saúde (VARELA; AZEVEDO, 2014).

Embora a literatura apresente que grande parte dos profissionais de saúde afirme conhecer plantas medicinais e fitoterapia, os estudos recentes vêm apontando insuficiência e limitação desse conhecimento (VARELA; AZEVEDO, 2014; REIS et al., 2014; THIAGO; TESSER, 2011; BASTOS; LOPES, 2010).

Em um estudo que contemplou acadêmicos da área de saúde, foi identificada uma boa aceitação sobre o uso de Plantas Medicinais e fitoterápico entre os participantes. Contudo, os autores defendem que a inclusão de disciplinas sobre PICs cumpriria o papel da academia de promover a capacitação profissional e incentivar a discussões sobre a temática (MORALES, et al., 2015).

Acreditamos que ao deter o conhecimento sobre determinada prática, o indivíduo é capaz de intervir em sua terapêutica, de forma que aqueles que a conhecem, lançarão mão da mesma para cuidados próprios e aos outros.

No presente estudo, embora a maioria (79,3%) afirme ter usado plantas medicinais e fitoterapia para tratamento próprio, 63,2% usou essa prática menos de três vezes nos últimos seis meses, com uma média de uso de uma vez a cada dois meses, o que demonstra que apesar dessa prática estar presente na cultura local, com disponibilidade de insumos para uso, com custo baixo ou nenhum, ainda é pouco utilizada.

Ao serem questionados sobre a indicação dessa prática à amigos e familiares, a maioria (65,9%) já indicou. Desses, 55,5% referem indicação inferior a três vezes nos últimos seis meses.

As PICs, entre elas as PM e fitoterapia, frequentemente são indicadas, em maior parte por familiares e amigos. Lima e colaboradores (2014) ao questionarem usuários da UAPS sobre a principal fonte de indicação dessa prática e encontraram que 68,7% foram orientados pelos familiares, seguido dos amigos e vizinhos

(24,3%), 6,1% outros modos de informação e apenas 0,9% através de profissionais de saúde.

Embora a minoria tenha indicado PM e fitoterapia à população atendida na UAPS (41,5%), entre aqueles que indicaram, a maioria (64,7%) fez em uma frequência igual ou superior a três vezes nos últimos seis meses, a maior frequência se comparada à demais PICs estudadas.

Acredita-se que a indicação de PM e fitoterapia à população atendida na UAPS é maior se comparada à amigos e familiares devido a demanda na unidade, ou seja várias pessoas são atendidas no local diariamente. Quanto ao fato de ser a única PIC indicada a população atendida na UAPS com frequência superior a três vezes nos últimos seis meses, consideramos estar relacionado à cultura local além da facilidade e disponibilidade de determinadas plantas medicinais à população.

Somado a isso, a regulamentação do uso de plantas medicinais dentro dos serviços de saúde, em especial na APS, auxilia através de diretrizes, a utilização de várias plantas medicinais. As recomendações feitas pelo Ministério da Saúde são baseadas em estudos científicos realizados em diversos países, o que demonstra maior respaldo à essa PIC perante o cientificismo vigente e consequentemente maior segurança ao profissional que a indica (BRASIL, 2012e)

Varela e Azevedo (2014), ao entrevistarem médicos na ESF de Caicó/RN, encontraram que a maioria dos entrevistados (77%) referiu conhecer fitoterápicos e recomendá-los aos usuários da ESF, no entanto, o saber sobre essa temática também era limitado.

Outro estudo realizado com profissionais de nível superior a respeito do emprego de fitoterapia em sua prática profissional mostrou que poucos indicam fitoterápico ou planta medicinal. Todavia, se mostram abertos à utilização desta terapia por considerarem viável sua inserção no tratamento auxiliar ou principal. Os autores concluíram o estudo apontando que os participantes parecem não estar seguros para agregar à sua prática clínica os fitoterápicos, sendo o desconhecimento o principal motivo de tal insegurança (REIS et al., 2014).

Já em outro estudo com a população residente no território da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros/MG, Pires e colaboradores (2014) identificaram um grande percentual de pessoas que utiliza plantas medicinais como recurso terapêutico (75,5%), contudo, os autores não encontraram associação estatística entre o uso dessa prática com renda, cor de pele, escolaridade e sexo.

No presente estudo também não encontramos nenhuma associação significativa entre o desfecho “usou plantas medicinais e fitoterapia” e as variáveis indiretas “idade”, “sexo”, “religião”, “renda”, “categoria profissional” e “escolaridade”, o que nos leva a concordar com Pires e colaboradores (2014, p. 432) ao afirmarem que “esse achado sugere incorporação cultural da prática integrativa na comunidade”.

Do ponto de vista social, é de conhecimento comum que a população de menor renda e baixa escolaridade possuem conhecimentos básicos sobre medicina natural (SOUSA et al., 2012; SANTOS et al., 2011; LIMA et al., 2011), inclusive pelo fato dessa população ter acesso restrito à medicação alopática. No entanto, as demais classes sociais vêm utilizando cada vez mais produtos advindos da natureza e seus derivados, em virtude da incitação, favorecida pelo modismo de consumo de produtos naturais (ARAUJO et al., 2015).

Em nossa população de estudo, entre os que possuem menor renda (abaixo de um salário mínimo) e os que possuem maior renda (acima de sete salários mínimos), todos conhecem Plantas medicinais e fitoterapia. O mesmo ocorre quando associamos ao desfecho “indicou para população atendida na UAPS”, sendo que 62,5% dos participantes com renda inferior a um salário mínimo responderam positivamente e a maioria dos que possuem renda superior a sete salários mínimos (55,6%) também o fizeram, ou seja, o conhecimento, uso e indicação sobre essa prática independeu da renda em nosso estudo.

O emprego de plantas medicinais para cuidados em saúde está intimamente ligado ao místico e ao religioso em nossa cultura. Durante o período colonial, a quantidade de médicos no Brasil era mínima e a necessidade dos enfermos era suprida por diversos terapeutas populares que tratavam doenças com ervas medicinais, amuletos e rituais de invocações espirituais tanto de origem indígena (catimbó) como de origem africana (calundu). Esse cenário só mudou a partir da metade do século XVIII, quando cirurgiões, doutores e boticários diplomados, que não reconheciam a proximidade de sua profissão com o místico, exigiram do governo a restrição e a regulamentação do ofício dos curandeiros. Para isso, contava com a ajuda da Igreja Católica que estabelecia a fronteira cultural entre o universo demoníaco e a cura médica associada à ciência (EDLER, 2011).

Com isso, os mais prejudicados foram os seguidores de religiões de matriz afro-brasileira e indígena, que além de terem sua fonte de cuidado com a saúde

proibida, viam seu ritual sendo vetado. Contudo, os adeptos e representantes dessas religiões foram (e ainda são) perseguidos em virtude de suas crenças e manifestações religiosas, muitas vezes confundidas com práticas demoníacas (RIVAS NETO, 2012; EDLER, 2011; VIDAL, 2010; LUZ, 2005; DUNEAU, 2003; SOUSA et al., s.d.).

Em virtude do exposto, acreditamos que o uso de plantas medicinais ainda se confunde com pensamentos advindos dessa época, em se tratando de indicação à população, uma vez que em nosso estudo 72,7% dos que não tem religião já indicaram PM e fitoterapia aos usuários das UAPS enquanto que apenas 36,6% dos que possuem religião o fizeram. Além disso, encontramos significância estatística na correlação entre “religião” e “indicou plantas medicinais e fitoterapia à população atendida na UAPS” ($p= 0,045$). Assim sendo, acreditamos que esse resultado esteja relacionado ao fato da maioria dos participantes pertencerem a religiões cristãs.

Além disso, também encontramos significância estatística ao correlacionar “escolaridade” com “indicou plantas medicinais e fitoterapia à população atendida na UAPS” ($p= 0,003$), sendo que todos os profissionais de ensino superior conhecem plantas medicinais e fitoterapia, com destaque para os enfermeiros, categoria profissional que mais usou essa prática para tratamento próprio e indicou para familiares e amigos (87% em cada um). Em relação à indicação dessa prática à população atendida na UAPS, a maioria dos profissionais de nível superior indicou.

O uso e indicação à familiares e amigos de plantas medicinais, e demais PICS, por parte dos enfermeiros pode indicar desejo de dispor de práticas não biomédicas tanto para cuidado próprio como de seus familiares e pessoas próximas. Tal achado é coerente com outras pesquisas que salientam a maior receptividade dos enfermeiros para as PIC (ARAÚJO et al., 2015; THIAGO; TESSER, 2011).

Em seu estudo sobre o uso de plantas medicinais por usuários da UAPS, em Campina Grande/PB, Araújo e colaboradores (2014) encontraram que dentre os profissionais que indicaram plantas medicinais à população (3%), os mais citados são o médico (18%) e o enfermeiro (18%), seguido de ACS (9%), dentista (9%), embora 37% da população não soubesse informar o profissional específico.

Percebemos forte presença das plantas medicinais e fitoterapia entre os profissionais de saúde das UAPS de Santos Dumont, marcada pelo fato de que 96,5% desses profissionais informaram conhecer essa prática, por todos os participantes concordarem com o emprego de Plantas Medicinais e Fitoterapia nas

UAPS e essa mesma prática ser escolhida por eles como a de maior interesse em aprender/conhecer (69,4%). Além disso, essa foi a PIC mais usada para tratamento próprio entre os profissionais de saúde das UAPS de Santos Dumont.

Esses conhecimentos e ações representam uma parcela significativa da cultura local. A notável presença e influência das plantas medicinais junto aos profissionais das UAPS pode ser explicada por se tratar de uma PIC de uso tradicional da região, influenciado por comunidades quilombolas próximas ao município, fácil acesso e baixo custo à essa prática, além do seu caráter empoderador, o que aumenta a procura nas Unidades e consequentemente, maior envolvimento dos profissionais de saúde das UAPS. Faz-se necessário agora a continuidade do estudo através de uma pesquisa que investigue quais plantas são conhecidas e indicadas.

11.2.2 Uso e indicação de Homeopatia por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont

A homeopatia é uma terapêutica sistematizada há mais de dois séculos, reconhecida desde 1979 como especialidade médica no Brasil e há quase 30 é oferecida no serviço público de saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; MINAS GERAIS, 2013b JUSTO; GOMES, 2007). No entanto, embora difundida, notamos pouco esclarecimento, entre a população e os próprios profissionais de saúde, sobre o que de fato vem a ser a homeopatia e principalmente suas aplicabilidades (DIAS; MELO; SILVA, 2014; MONTEIRO; IRIART, 2007).

Não somente entre a população, mas também entre os profissionais já formados e no meio acadêmico, a fonte de conhecimento a respeito da homeopatia, provém dos meios de comunicação em massa (televisão, rádio, jornais e folhetos de propaganda), seguida de amigos e parentes e em poucos casos, livros e profissionais de saúde (OLIVEIRA; SALVI, 2014; DIAS; MELO; SILVA, 2014; NEVES, et al., 2012; MONTEIRO; IRIART, 2007).

No presente estudo, a maioria dos profissionais de Saúde (80%) afirmou conhecer Homeopatia, sendo que todos os profissionais cujo cargo exige nível

superior responderam positivamente a essa questão. Entre os que conhecem 89,7% afirmam ter o conhecimento por fontes informais.

Destacamos ainda que no presente estudo todos os profissionais de saúde que possuem rendimento inferior a um salário mínimo e aqueles cuja receita é superior a sete salários mínimos afirmaram conhecer homeopatia, ou seja, o conhecimento sobre homeopatia independeu da renda.

Em seu levantamento sobre estudos abordando homeopatia no território capixaba, Figueiredo e Machado (2011) encontraram que os profissionais de nível superior e formação alopática de Vitória – médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas – possuem saberes a respeito da homeopatia próximo àqueles de senso comum, e na maioria das vezes equivocados, de forma que as representações desses profissionais sobre tal especialidade nem mesmo se diferenciam das representações circulantes, geralmente associando essa terapêutica à ideia de tratamento natural ou tratamento fitoterápico, quando não às imagens mentais de gotinhas e bolinhas, sendo que tais qualificadores, no diminutivo, refletem certo descrédito, na opinião dos autores.

Em uma pesquisa realizada com acadêmicos de farmácia, 96% dos participantes declararam conhecer Homeopatia, contudo, menos da metade conseguiu caracterizá-la ou defini-la de maneira correta como instrumento terapêutico e alguns a confundiram com terapia floral (28,8%). Além disso, 53,3% declararam já terem se tratado com homeopatia (OLIVEIRA; SALVI, 2014).

Embora não tenhamos pesquisado qual o nível de conhecimento dos profissionais sobre homeopatia, uma vez que este não era o nosso objeto de estudo, encontramos significância estatística ao associarmos o desfecho “conhece homeopatia” com as variáveis “categoria profissional” e “escolaridade” ($p = 0,26$ e $p = 0,033$, respectivamente). Observamos que todos os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentista) afirmaram conhecer essa terapêutica. E, por conseguinte, a maioria, daqueles que possuem nível superior ou pós-graduação, também afirmam conhecer homeopatia.

Em um estudo realizado com médicos pós-graduandos em homeopatia, os mesmos justificaram a opção por essa especialização por ser mais uma possibilidade de tratamento para os seus pacientes, especialmente para as doenças crônicas, e por evidenciarem os resultados positivos dos tratamentos aos quais, sobretudo, seus filhos tinham sido submetidos (GALHARDI; BARROS, 2008).

Tal fato sustenta a hipótese de que quem conhece determinada PIC de forma positiva, usa e indica essa prática, na medida em que confia e obtém (ou conhece alguém próximo que obteve) sucesso ao empregá-la. Sendo assim, o inverso também é válido, ou seja, se o indivíduo não conhece ou não usou para si, ou ainda teve experiências negativas, ele provavelmente não indicará essa terapêutica, seja a familiares e amigos, seja à população atendida na UAPS.

Embora a maioria dos nossos participantes afirme conhecer homeopatia, é provável que se trate de um saber superficial e de senso comum, como apontado por Figueiredo e Machado (2011) e por essa razão, o uso e a indicação de homeopatia, tanto para familiares e amigos como para a população atendida na UAPS, entre os profissionais de Saúde de Santos Dumont se mostrou minoritário, assim como suas frequências, que permaneceram inferiores a três vezes nos últimos seis meses.

Em Santos Dumont, a maioria dos profissionais da APS (51,5%) nunca usou homeopatia para tratamento próprio. Contudo, entre aqueles que fazem uso dessa terapêutica, os profissionais do sexo feminino se destacaram, pois usam mais, indicam mais para familiares e amigos e para a população atendida na UAPS, (55,1%, 42,9%, 20,4%, respectivamente) em relação ao sexo masculino (31,6%, 36,8%, 5,3%, respectivamente) o que corrobora com estudos que apontam que a principal motivação para procura da homeopatia diz respeito ao insucesso de práticas alopáticas, sendo sua demanda maior pela população feminina (SANTOS, 2012; FLEITH et al., 2008; MONTEIRO; IRIART, 2007). Além disso, a literatura mostra que a maioria daqueles que apresentam conhecimento mais estruturado sobre homeopatia também pertence ao sexo feminino (DIAS; MELO; TEIXEIRA, 2014).

Em sua pesquisa, Thiago e Tesser (2011) destacam correlação estatisticamente significativa entre o uso de homeopatia para si com o interesse pelas PIC. Embora a maioria dos nossos participantes afirme não usar homeopatia, essa prática ficou em segundo lugar na aceitação para implementação nas UAPS, sendo o primeiro lugar pertencente às plantas medicinais e fitoterapia.

Em um estudo realizado em Santo Amaro/SP, foram levantadas as experiências com as PICS que as enfermeiras têm consigo mesmas, com seus familiares, usuários/clientes e funcionários de sua unidade de saúde. Quanto à aplicação em si própria, 44,4% das enfermeiras mencionou usar a homeopatia, entre

outras práticas. Já para seus familiares, 33,3% apontou usar essa terapêutica, juntamente com outros tratamentos alternativos e nenhuma indica homeopatia aos usuários (NUÑEZ; CIOSAK, 2003).

No presente estudo, segundo os participantes, 58,8% nunca indicou essa prática aos amigos e familiares e 83,8% nunca indicou homeopatia aos usuários da UAPS. Entre os profissionais que indicaram essa terapêutica à população, chamamos atenção para a categoria profissional médica com apenas dois (13,3%) dos quinze representantes, sendo estes, médicos cubanos, ou seja, entre os médicos brasileiros, nenhum indicou homeopatia para a população atendida na UAPS. Por se tratar de uma especialidade médica, esperávamos encontrar um número maior de adeptos entre os profissionais médicos, inclusive os brasileiros. Tal fato demonstra a contribuição dos médicos cubanos com o fortalecimento das PICs na APS, ainda que paulatinamente.

Temos também que o processo de indicação da homeopatia, principalmente em se tratando de profissionais de saúde e de ambientes institucionalizados, envolve domínio dos preceitos dessa terapêutica, que muitas vezes não se faz claro entre os próprios profissionais de saúde.

Quando questionados sobre a aceitação da implementação da homeopatia nas UAPS, 2,9% dos entrevistados discordaram, apontando a demora no alcance dos resultados por essa terapêutica e pouco sucesso no tratamento com sua aplicação.

Em sua pesquisa, cuja população de estudo era usuários do serviço, Teixeira (2007) apontou que 57% dos seus participantes afirmaram considerar o tratamento homeopático “demorado”. Esse mesmo argumento foi encontrado por Monteiro e Iriart (2007) que, para a maioria dos informantes, o remédio homeopático age de forma lenta e que esta propriedade está associada ao fato de ser um produto “natural”.

Diante desse fato, entendemos e justificamos que a demora no alcance dos resultados através do tratamento homeopático se dá em vista do tempo empregado no processo de individualização do medicamento para cada paciente, cujo processo de ajuste nas hipóteses diagnósticas e/ou nas doses do medicamento corretamente indicado ocorre através de consultas periódicas que exigem maior tempo do médico no atendimento ao paciente, além da visão holística empregada nessa terapêutica

que busca tratar o indivíduo e não a patologia em si (MINAS GERAIS, 2013b; THOMAZ, 2009; JUSTO; GOMES, 2007; TEIXEIRA, 2007).

Além disso, Monteiro e Iriart (2007 p. 1908) apontam a demora do tratamento como sendo positivo em seu estudo, uma vez que “esses resultados mostram que os usuários da homeopatia não apenas aceitam a ação mais lenta dos medicamentos homeopáticos, como valorizam positivamente essa temporalidade”.

O que se percebe é que, em meio à diversos fatores, a vontade e a autonomia do paciente não é respeitada, mesmo em se tratando de práticas integrativas e complementares, com bases vitalistas, em especial a homeopatia. Deveria caber ao usuário a decisão de usar ou não a homeopatia em se tratando de tempo de tratamento e não ao profissional que o atende.

Oliveira e Salvi (2014) encontraram que em relação aos efeitos terapêuticos, cerca de 50% dos entrevistados consideram a homeopatia como média e 43,3% como boa, no entanto, 1,1% acreditam que é ruim e 5,5% que não funciona.

Quanto ao argumento “pouco sucesso no tratamento”, acreditamos se tratar de um caso específico e pontual de cunho particular, uma vez que a literatura expõe não só o uso, mas o sucesso no emprego da homeopatia para os mais diversos tratamentos (MINAS GERAIS, 2013b; SANTOS, 2012; FLEITH et al., 2008; MONTEIRO; IRIART, 2007).

Contudo, em outro estudo, realizado com gestores e profissionais médicos não homeopatas em contato com a homeopatia nos serviços públicos ou no meio universitário, observou-se que esses profissionais acreditam que a homeopatia serviria apenas para problemas banais e simples, embora prevalentes (SALLES; SCHRAIBER, 2009).

Além disso, o efeito dos medicamentos muitas vezes independe unicamente das propriedades farmacológicas, envolvendo assim outros fatores como personalidade, cultura e nela a crença, ambiente, características físicas do medicamento, entre outras, que podem aumentar, reduzir ou até mesmo alterar o efeito esperado. Sendo assim, o médico homeopata não se limita apenas ao corpo físico e nos processos fisiopatológicos. Ele investiga as várias dimensões da vida do paciente e os elementos que contribuem para explicar a origem dos problemas de saúde. Tal postura é equivalente ao que acontece nas crenças religiosas populares, em que não apenas o físico é importante, mas o cuidado com o espiritual é imperativo (DIAS; MELO; TEIXEIRA, 2014; MONTEIRO; IRIART, 2007).

Embora a homeopatia já tenha figurado entre o misticismo e religiosidade, em um estudo realizado em Divinópolis/MG, a maioria dos participantes acredita que a crença e a fé são necessárias para a cura tanto no tratamento com homeopatia como no alopático, contudo, 24% afirmaram que o sucesso no tratamento com homeopatia não depende de crença, fé ou religião (DIAS; MELO; SILVA, 2014).

Estudos apontam afinidade entre os praticantes do espiritismo kardecista e os médicos homeopatas, no final do século XIX. Também nessa época, médiuns e homeopatas, ligados à umbanda, lançavam mão das “gotas homeopáticas”, contribuindo para a disseminação dessa prática como arte de cura, mas não como ciência e terapêutica. Daí a inconveniência em se aproximar as instituições médicas públicas ao espiritismo e umbandismo, o que contribui até os dias de hoje para que a homeopatia ainda seja considerada por muitos como uma forma de medicina religiosa ou mística (DIAS; MELO; SILVA, 2014; MONTEIRO; IRIART, 2007).

Contudo, no presente estudo, todos os profissionais que não possuem religião conhecem homeopatia, sendo que a maioria usou (63,6%) e indicou (81,8%) essa prática à amigos e familiares. Já entre os que possuem religião e conhecem Homeopatia (77%), apenas 45,6% diz ter usado essa terapêutica para tratamento próprio e 33,3% indicado à amigos e familiares. Destacamos ainda que a variável religião apresentou significância estatística ao ser associada ao desfecho “indicou homeopatia para familiares e amigos” ($p = 0,005$).

Consideramos que embora haja participantes que responderam não ter religião, tal fato não os impede de carregarem consigo alguma crença ou fé. Além disso, determinadas práticas religiosas ou filosofias de vida condenam ou reforçam algumas práticas alternativas, entre elas a homeopatia.

Portanto, mesmo com o reconhecimento da homeopatia, no Brasil, enquanto especialidade médica desde a década de 80, da sua aplicação baseada em preceitos científicos estabelecidos e da existência de projetos de pesquisa nas áreas básica e clínica, a desinformação sobre os aspectos fundamentais da homeopatia gera ideias distorcidas que vão sendo incorporadas à cultura brasileira, inclusive no meio acadêmico (DIAS; MELO; SILVA, 2014; SALLES; TEIXEIRA, 2007).

11.2.3 Uso e indicação de Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont

A Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura é uma racionalidade médica milenar, que utiliza diversas terapêuticas para restaurar o equilíbrio do indivíduo de maneira integral e holística, não se restringindo apenas à acupuntura (MINAS GERAIS, 2013a, MINAS GERAIS, 2009; BRASIL, 2006a).

Contudo, a acupuntura é a prática que mais vem ganhando espaço, sendo considerada como um dos principais métodos terapêuticos da MTC no ocidente. A inserção de profissionais não médicos para oferta de acupuntura, o reconhecimento por parte de seus respectivos conselhos, a criação de políticas e leis que amparem seu uso e o aumento de estudos científicos que contemplem a eficácia do emprego dessa prática favoreceram sua disseminação e aceitação no meio científico (GRECO et al., 2016; MINAS GERAIS, 2013a; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2012c; MINAS GERAIS, 2009; SANTOS et al., 2009; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2003; BRASIL 1985; ROCHA et al., s.d). Assim sendo, quando os participantes afirmam conhecer a MTC-acupuntura (87,1%), acreditamos que esse conhecimento seja predominante em relação à acupuntura e pouco relacionado às demais práticas que integram a MTC.

Entre os participantes que conhecem MTC- Acupuntura, 86,5% afirmou ter conhecimento informal, o que pode caracterizar um conhecimento superficial, fragmentado e sem amparo científico, o que é evidenciado quando ao o profissional ao ser questionado sobre a implantação dessa prática na APS o mesmo afirmar ter pouco conhecimento sobre ela.

Além disso, as pesquisas científicas têm comprovado os benefícios dessas práticas em diferentes aspectos da saúde, não somente humana, como também animal, seja no controle/prevenção de doenças crônicas (diabetes e hipertensão), seja na correção de postura e respiração; conquista de equilíbrio físico e mental e redução da ansiedade. No entanto, as pesquisas relacionadas à MTC tendem a explorar quase que exclusivamente a acupuntura, sendo que os estudos que abordam as demais práticas dessa racionalidade médica ainda são escassos (DORIA; LIPP; SILVA, 2012; BORIN, et al., 2011; SILVA, 2010; SOUZA et al., 2010; MINAS GERAIS, 2013a; BRASIL, 2006a).

A acupuntura, voltada para cuidados em saúde, está mais presente em serviços privados se comparada aos serviços públicos, tanto na execução como na formação de profissionais, o que além de onerar a capacitação do profissional de saúde, contribui com a baixa utilização dessas práticas pela população em geral, devido à dificuldade de acesso e ao custo (GRECO et al., 2016; TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008; TESSER; LUZ, 2008; PARANAGUÁ et al., 2008) .

.A maioria dos profissionais (79,7%) nunca usou MTC- acupuntura para tratamento próprio, sendo que, entre os que usou, a maior parte (73,3%) fez em uma frequência inferior a três vezes nos últimos seis meses.

Além disso, 63,5% dos profissionais de saúde nunca orientou o uso de MTC - acupuntura a familiares e amigos nem aos usuários das UAPS (87,8%), sendo que entre aqueles que fizeram, a frequência da indicação foi inferior a três vezes nos últimos seis meses.

O município de Santos Dumont não possui nenhum estabelecimento de saúde registrado que ofereça MTC-acupuntura, sendo necessário o deslocamento até cidades vizinhas que ofereçam tal serviço, o que encarece o tratamento com esta prática (CNES, 2015).

Embora todas as categorias profissionais tenham representantes que afirmaram conhecer MTC – acupuntura, apenas os médicos (35,7%) e os Agente Comunitários de Saúde (10,3%) indicaram essa prática à população tendida na UAPS, numa frequência inferior a três vezes nos últimos seis meses.

A baixa indicação dessa prática se justifica mediante ausência de oferta da mesma no município, seja de cunho particular ou público. No entanto, houve relato por parte dos profissionais que tal prática era oferecida na comunidade por um profissional autônomo. Todavia, diante da ausência de registro desses atendimentos e sem maiores informações por parte desses profissionais (não sabiam dizer por quem ou onde esse serviço era ofertado), consideramos a população sandumonense sem acesso à essa prática dentro do município (CNES, 2015).

Além disso, a literatura aponta que o perfil dos usuários de acupuntura é, majoritariamente, feminino, de meia-idade a idoso, polifármaco e com queixas algicas, particularmente musculoesquelética (ROLAND; GIANINI, 2014; DORIA; LIPP; SILVA, 2012;).

Ainda que nossa população de estudo seja formada, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino, estes são, na maior parte, adultos jovens. No

entanto, devemos levar em conta que a aplicação da acupuntura não se restringe ao tratamento com pessoas idosas, nem tampouco à queixas álgicas, sendo que sua oferta à população sandumonense, refletiria benefícios não só aos assistidos como também reduziria os gastos públicos nos demais níveis de atenção (MARQUES, 2014; DORIA; LIPP; SILVA, 2012; BORIN, et al., 2011; SILVA, 2010; SOUZA et al., 2010; MINAS GERAIS, 2013a; BRASIL, 2006a)

Encontramos também correlação entre “categoria profissional” e “usou Medicina Tradicional Chinesa - acupuntura”, sendo o resultado significativo estatisticamente ($p = 0,013$). Assim, em nossa população, todos os profissionais de odontologia afirmaram já ter usado MTC-acupuntura, seguidos dos médicos (28,6%), e enfermeiros (25%). Cabe destacar que todos os médicos que afirmaram uso dessa prática, são cubanos, que utilizam PICs para cuidados em saúde culturalmente em seu país e que têm em sua formação o curso de Medicina Natural e Tradicional.

Em relação aos enfermeiros, a literatura atribui a essa categoria profissional, uma maior receptividade às PICs de uma forma geral (THIAGO; TESSER, 2011).

Além disso, a literatura aponta também que a grande procura por acupuntura se dá por pessoas com boa instrução, sugerindo bom nível socioeconômico e cultural. O que nesse caso, corrobora com nossos achados, uma vez que os profissionais que referiram utilizar a MTC-acupuntura são todos profissionais de nível superior (DORIA; LIPP; SILVA, 2012; LIMA, 2007).

Contudo, acreditamos que o fato de todos os profissionais de odontologia já terem utilizado MTC-acupuntura é um dado que não pode ser extrapolado para outros profissionais desta categoria devido ao número reduzido de odontólogos em nossa população de estudo.

Destacamos que a correlação entre “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para a população atendida na UAPS” e “escolaridade” apresentou significância estatística ($p = 0,030$). Sendo que a indicação desta PIC foi maior entre os profissionais que possuíam ensino superior (20%) e pós-graduação (26,7%), ou seja, entre os médicos e enfermeiros.

Borsato (2014) aponta que ao iniciar a oferta de técnicas como a acupuntura sistêmica, acupuntura eletromagnética, auriculoterapia, terapia com ventosas, shantala, massoterapia, entre outras, no município de Brumadinho/MG em nível ambulatorial, os primeiros encaminhamentos vieram a partir dos enfermeiros do município, apesar das orientações terem contemplado médicos e enfermeiros da

APS, o que mais uma vez evidencia a proximidade dessa categoria profissional com as PICs.

Embora, o ensino da MTC – acupuntura se dê de maneira optativa na graduação, é importante para os profissionais de saúde conhecê-la minimamente para melhorar a comunicação com as pessoas de quem cuidam e uma vez que vários indivíduos poderão se beneficiar dessa prática, sendo necessário que o profissional esteja capacitado para tal (ROLAND; GIANINI, 2014; MORALES et al., 2015; SOUSA, et al., 2012; SANTOS et al., 2009; SALLES, 2008).

As universidades de medicina na China possuem duas linhas de ensino: as que seguem a Medicina Ocidental e as da Medicina Tradicional Chinesa/MTC. Nas Universidades que vertem em MTC, o currículo aborda o aprendizado clínico básico, tanto para Medicina Tradicional Chinesa como para a Medicina Ocidental sendo que os estudantes graduados nas Universidades com MTC devem ser capazes de praticar os dois tipos de medicina em seus pacientes (Zhang, 2008).

Também encontramos significância estatística nas correlações entre as variáveis “religião”, “categoria profissional” e “escolaridade” com “indicou Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura para familiares e amigos” ($p = 0,000$ para as três correlações).

A maioria dos profissionais de saúde da APS de Santos Dumont que não possuem religião afirmou indicar MTC - acupuntura aos familiares e amigos (90%), enquanto que apenas 28,1% dos que afirmaram ter religião o fizeram.

Em seu estudo, Thiago e Tesser (2011) encontraram associação estatisticamente significativa entre o uso de acupuntura em familiares e o interesse pelas PICs ($p = 0,013$), sendo que o “uso individual de Acupuntura” esteve no limiar de significância estatística. Além disso, os autores apontam que o encaminhamento para acupuntura foi mais prevalente do que para outras PICs, sendo que 2/3 de seus participantes (entre médicos e enfermeiros) referiram encaminhar às vezes ou sempre.

Contudo, na literatura levantada, não encontramos estudos que abordassem a indicação de Medicina Tradicional Chinesa de maneira mais detalhada e que oportunizassem um maior debate sobre os nossos resultados, o que, de certa forma, nos limitou em nossa discussão.

Ainda que sem significância estatística, em relação à renda, 62,5% dos profissionais de saúde que possuem rendimento inferior a um salário mínimo e

62,5% daqueles cuja receita é superior a sete salários mínimos afirmaram indicar MTC – acupuntura aos familiares e amigos, ou seja, em nosso estudo, a indicação dessa prática independeu da situação financeira do participante.

Sobre a aceitação da implementação de MTC – acupuntura nas UAPS, 94,5% dos entrevistados concordou. Todavia, entre os que discordaram (5,4%) os argumentos levantados foram que o acesso e implantação seriam difíceis na APS, além de conhecimento insuficiente sobre a prática.

Santos Dumont conta com vários espaços abertos, onde as práticas corporais poderiam ser desenvolvidas (não necessariamente dentro da própria UAPS). A aplicação de acupuntura, em termos de insumo, demandaria apenas a compra de agulhas filiformes, que diante do custo benefício, não oneraria os cofres públicos. Em relação à mão de obra especializada para atuar com essas PIC, seria necessário um levantamento dos profissionais capacitados, sendo que estes podem estar presentes no próprio serviço.

Freitas, Oliveira e Costa (2014) relatam a experiência da cidade de Caratinga/MG, na implementação da MTC-acupuntura na APS do município. Segundo os autores, foram feitas visitas às UAPS do município a fim de levantar, entre outros aspectos, quais eram os funcionários capacitados em relação às PICs. Os pesquisadores ficaram surpresos ao encontrar entre os funcionários das unidades massoterapeutas, acupunturista, mestres em reiki, especialistas em florais e terapeuta comunitário integrativo. Após várias ações, conseguiram aprovação do conselho municipal de saúde em relação às PICs, e hoje, mensalmente são atendidas 420 pessoas com acupuntura e auriculoterapia e aproximadamente 870 pessoas praticando Liang Gong.

Outros municípios mineiros também obtiveram sucesso com o emprego da MTC- acupuntura na APS, como por exemplo, o município de Itabira/MG, que iniciou a prática do Lian Gong através de uma fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Temos também o município de Brumadinho/MG, que através da “Casa das Práticas” oferece acupuntura, auriculoterapia, Reiki, Tui-ná, Lian Gong e Terapia Floral (BORSATO, 2014; SANTOS; CABRAL, 2014).

Segundo Santos, Gouveia e Vasconcelos (2009) a principal maneira de se acelerar, com qualidade, a prestação de serviços de acupuntura no sistema público é pela inserção de novos profissionais acupunturistas qualificados, procurando seguir

os preceitos da PNPIC. Os autores também observaram um tímido crescimento dos serviços de acupuntura no SUS, porém significativo.

11.2.4 Uso e indicação de Termalismo – Crenoterapia por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont

Verificamos que a maioria dos entrevistados (61,2%), afirmou conhecer a prática de banhos e águas termais para cuidado em saúde sendo que 86,5% adquiriu conhecimento por meios informais.

O emprego de águas minerais, seja através de banhos ou por ingestão, é uma prática terapêutica consagrada pelo tempo, tendo sido utilizada em todo o mundo. Durante séculos, sua eficácia foi apoiada por dados empíricos, mas atualmente tem sua aplicabilidade endossada por estudos científicos, ainda que poucos (MINAS GERAIS, 2013d; FRAIOLI, et al., 2013; SOLIMENE, 2009; PARRA; SOLOGUREN, 2002; PREFEITURA DE RIBEIRÃO PRETO, s.d.).

Acredita-se que o conhecimento a cerca dessa prática, no Brasil, também seja proveniente em sua maior parte, por meios não formais, como observado entre as demais PICS, uma vez que não há instituições formadoras nessa área atualmente no país e nem obrigatoriedade que as justifique.

Em países da Europa, como Portugal e Itália, para exercer a clínica em um estabelecimento termal, é necessária formação no nível de pós-graduação em hidrologia médica, de modo que é oferecido à comunidade médica cursos de especialização abordando todos os tipos de patologias que podem ser tratadas empregando essa prática. Além da importância dada ao termalismo-crenoterapia no meio científico, fica claro o pensamento de que o tratamento termal deve ser prescrito exclusivamente por médicos (SOLIMENE, 2008; QUINTELA, 2004).

No entanto, em se tratando de território brasileiro, não é necessária qualquer especialidade, nem mesmo formação médica ou qualquer outra graduação, para indicação dessa prática (MINAS GERAIS, 2013d; QUINTELA, 2004).

Embora afirmem conhecer a prática, apenas 13,5% dos profissionais de saúde apontou uso para tratamento próprio sendo que 85,7% fizeram numa frequência inferior a três vezes nos últimos seis meses. Cabe destacar que o

termalismo-crenoterapia foi a prática apontada como menos utilizada pelos profissionais de saúde da APS de Santos Dumont.

O termalismo- crenoterapia possui eficácia comprovada para fins terapêuticos nas mais diversas formas, sendo que esse recurso atende principalmente a queixas de patologias crônicas como, por exemplo, osteoartrite, osteoartrose, artrite reumatoide, doenças de pele, doenças neurológicas, além de doenças do trato respiratório, digestivo e traumatologia. Atua também como coadjuvante no combate às doenças relacionadas ao estresse e na promoção e manutenção da saúde. Essa prática traz consigo uma nova concepção de saúde, holística e dinâmica, não mais restrita ao tratamento e prevenção de doenças, mas como promoção do próprio bem-estar físico e psíquico e como desenvolvimento do potencial de cada pessoa. Embora estudos evidenciem menor uso do consumo de água para fins terapêuticos, sua aplicação se mostra bastante eficaz para tratamento de doenças do aparelho digestivo (estomacais e hepáticas), sendo que a água sulfurosa é utilizada com êxito em patologias dermatológicas, como acne psoríase (MINAS GERAIS, 2013d; FRAIOLI et al., 2013; SOLIMENE, 2008; PARRA; SOLOGUREN 2002).

Não foram encontrados na literatura estudos que abordem especificamente o uso de Termalismo-crenoterapia por profissionais de saúde. Contudo, o uso dessa prática é observado para os mais diversos propósitos inclusive na promoção e prevenção em saúde. Considerando que os participantes conhecem essa prática, era esperado que a mesma fosse mais explorada pelos profissionais de saúde tanto para cuidado próprio em saúde como a outrem.

A maioria dos profissionais nunca indicou tratamento com banhos e águas minerais a amigos e familiares (82,7%) ou aos usuários das UAPS (92,3%). Em relação aos que já indicaram, o fizeram em frequência inferior a três vezes nos últimos seis meses, seja para familiares e amigos (88,9%) ou para usuários da UAPS (75%).

Em relação à saúde da população sandumonense, no mês de Outubro de 2015, em Santos Dumont, o maior número de internações se deu em virtude de problemas relacionados à doenças do aparelho circulatório (17%), seguido de doenças do aparelho digestivo (15%). As doenças ligadas ao sistema osteomuscular aparece em sexto lugar (7,4%) e as doenças do aparelho respiratório, representando pouco mais de 6% das internações, ocupam o sétimo lugar em relação ao número

de internações por morbidade hospitalar do SUS registrados no município em questão (DATASUS, 2016).

Diante das mais diversas aplicações a que se destina o termalismo-crenoterapia apontadas na literatura para tratamento terapêutico, observamos que se trata de uma prática com alto potencial para indicação à boa parcela da população de Santos Dumont, em especial àquela que padece de doenças crônicas, a fim de minimizar o número de internações por esses acometimentos e consequentemente, reduzir os custos com tratamentos na atenção terciária.

Somado a isso, a população sandumonense conta com belezas naturais disponíveis em seu território como, por exemplo, a Corredeira do Rio Pinho, chamada de escorrega natural, que desemboca a água em um lago de aproximadamente 4m de largura por 8m de comprimento, proporcionando banhos relaxantes. Tem ainda a Represa da Ponte Preta, onde nos dias quentes de verão, os visitantes podem se banhar, contudo, nos meses de setembro a janeiro, a represa se encontra vazia. Além disso, há também as Cachoeiras Petrominas, com uma pequena queda d'água formando uma hidromassagem natural, seguida de um pequeno lago. Logo abaixo, encontra-se uma queda de aproximadamente 3m, formando um lago apropriado para banho. Embora disponível à população, essas opções são oferecidas de maneira turística, sem intenções terapêuticas, que poderiam ser melhor aproveitadas. Contudo, sabemos que as PICs se baseiam em propostas ligadas à saúde no seu sentido mais amplo, e que ao proporcionar lazer e recreação, contribuimos para a promoção da saúde (MINAS GERAIS, 2013d; FORTES, s.d.).

Destacamos ainda que, em 2004 na Itália, foi realizado um estudo epidemiológico com os onze mil pacientes tratados com termalismo que, além de confirmar o êxito dessa prática para os mais variados propósitos, mostrou que as pessoas que fizeram uso do tratamento termal denotaram menor utilização de medicamentos e menor índice de absenteísmo (SOLIMENE, 2008).

Sendo assim, o maior aproveitamento dessa prática para cuidados em saúde da população de Santos Dumont poderia minimizar o consumo de medicamento (e consequentemente, os casos de automedicação), contribuindo para qualidade da saúde dos indivíduos e também para redução dos custos com tratamento alopático aos cofres públicos.

Em relação aos profissionais de saúde, encontramos significância estatística entre a variável “categoria Profissional” e os desfecho “conhece banhos e águas minerais para cuidado em saúde” e ($p = 0,028$), sendo que termalismo-crenoterapia é mais conhecida entre os médicos (86,7%), seguido dos técnicos de enfermagem (83,3%).

Acreditamos que o resultado, cuja maioria dos médicos conhece essa prática esteja influenciado pela presença dos profissionais cubanos, especialistas em Medicina Natural e Tradicional, junto à população do estudo.

No entanto, em se tratando do emprego de banhos e água minerais para cuidados em saúde, acreditamos que o fato dessa prática ser amplamente conhecida pelos técnicos de enfermagem, está relacionado às atividades rotineiras desenvolvidas por essa categoria profissional durante a assistência à população.

A água deve ser considerada como essencial ao cuidado humano, em especial quando empregamos a água mineral como recurso terapêutico, seja para uso externo, ingestão, infusão sanguínea, umidificação do ambiente e das vias aéreas, dentre outros usos (BRASIL, 2011d).

Diante do exposto, nos remetemos a uma série de procedimentos e orientações presentes no âmbito da APS, pertencentes à rotina de serviços oferecidos pelos profissionais de saúde que nela atuam. Sendo assim, questionamos se a pouca indicação dessa modalidade terapêutica se restringiu ao conhecimento e associação que os profissionais fizeram entre essa prática e instalações termais, reduzindo assim sua aplicabilidade apenas à locais com mananciais hídricos.

No presente estudo nenhum enfermeiro ou profissional de odontologia declarou indicar essa prática à familiares e amigos ou à população atendida na UAP. Sendo que a categoria com mais profissionais que indicou essa prática foram os médicos (15,4%), porém, apontamos que se trata exclusivamente de médicos cubanos. Sendo assim, acreditamos que existe um viés relacionado ao fato de contarmos com a participação de 11 médicos cubanos, que possuem pós-graduação em Medicina Natural e Tradicional e conseqüentemente, são especialistas na área. No entanto, esses resultados evidenciam novamente a positiva contribuição trazida por esses profissionais para nossa saúde pública, em especial na APS.

Encontramos ainda correlação com significância estatística entre “categoria Profissional” e “usou banhos e águas minerais para cuidado próprio em saúde” ($p =$

0,033), sendo que a categoria profissional que mais fez uso dessa prática para tratamento próprio foram os médicos (30,8%). Cabe destacar que nenhum profissional de enfermagem (independente do nível escolaridade) informou ter usado banhos e águas minerais para fins terapêuticos.

Na literatura levantada, não encontramos estudos que dessem conta de amparar tal resultado, o que demonstra a necessidade de novas pesquisas abordando essa temática.

Na população do presente estudo, a maioria dos profissionais, independente do sexo (masculino - 60,9% e feminino - 61,3%) conhece banhos e águas minerais para cuidado em saúde, contudo nenhum profissional do sexo masculino respondeu ter indicado o uso dessa prática à população atendida na UAPS.

Em um levantamento realizado na Itália sobre o perfil do usuário dessa prática, 44,3% dos pacientes atendidos nos balneários são do sexo masculino enquanto que 55,7% pertencem ao sexo feminino (SOLIMENE, 2008).

Além disso, o uso de tratamentos com águas termais no Brasil segue uma tendência de valores relacionados ao bem estar, à cultura, à saúde e beleza, sendo que este último vem sendo explorado, em especial pela indústria estética, através de centros de bem estar, encontrados também em áreas urbanas (MINAS GERAIS, 2013d). Acreditamos que esse ressurgimento das práticas termais voltado não só para promoção e tratamento de saúde, como também para questões estéticas, desperte interesse maior no público feminino.

Encontramos significância estatística na correlação entre “religião” e “indicou banhos e águas minerais para cuidado em saúde a amigos e familiares” ($p = 0,037$). Sendo que, entre os participantes que não possuem religião, 44,4% indicaram banhos e águas minerais, enquanto que apenas 11,6% dos que possuem religião o fizeram.

Em nosso estudo, não ficou claro o motivo desta relação e na literatura não encontramos estudos que discutissem ou tivessem encontrado associação semelhante.

Assim como outras PICs de origem ancestral, o termalismo-crenoterapia é associado, sobretudo pela classe médica, ao tempo em que a medicina e o místico se fundiam em um só saber. Na Europa da Idade Média, as regras rígidas de uma moral cristã fizeram com que os banhos fossem vistos com maus olhos, principalmente pela Igreja Católica, por serem considerados pecaminosos. Contudo,

após o período medieval, a Igreja reviu sua posição e a dimensão de cura foi a única aceita, relacionando-a ao âmbito religioso, sendo atribuídas propriedades santas e/ou curativas à água. Além disso, com o advento da medicina científica, viu-se a necessidade de se apropriar dessa prática terapêutica, de modo que ela acompanhasse a história da medicina (QUINTELA, 2004).

Em relação à variável renda, nenhum participante com renda superior a sete salários mínimos informou fazer uso ou ter indicado essa prática à população atendida na UAPS, sendo que a maior frequência foi entre os profissionais com rendimento inferior a um salário mínimo.

Em contrapartida, Cunha (2014) aponta que a impenhência dos balneários geralmente distancia as pessoas mais humildes e simples que deixam de procurar os banhos como opção terapêutica, favorecendo assim, seu uso por pessoas com poder aquisitivo mais alto.

Em relação a implantação do Termalismo e crenoterapia nas UAPS, 92,3% dos entrevistados concordam, sendo que aqueles que discordam argumentam que essa prática não se enquadra no espaço da unidade, o acesso e a implantação nas unidades são difíceis e alguns afirmaram não ter conhecimento necessário sobre Termalismo e crenoterapia.

Ao levantar o fato de que essa prática não se enquadra no espaço da unidade e que o acesso e implantação seriam difíceis, percebemos a limitação do conhecimento a respeito do termalismo-crenoterapia por parte de alguns participantes, uma vez que essa prática não se restringe a banhos em balneários termais e poderia ser agregada às atividades presentes nas UAPS, desde que os profissionais estivessem capacitados para tal (MINAS GERAIS, 2013d; FRAIOLI et al., 2013; SOLIMENE, 2008; BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b).

Morales (2004) aponta que atualmente os balneários (espanhóis) oferecem um atendimento de saúde integral, porém nem sempre valorizado devido ao desconhecimento por parte dos profissionais de saúde.

Em seu estudo comparando a perspectiva de saberes e práticas termais em Portugal e no Brasil, Quintela (2004) revela que somos induzidos a pensar que os médicos portugueses prescrevem rotineiramente essa terapêutica. No entanto, por meio de entrevistas com usuários e médicos, o autor percebeu que os médicos reclamam da falta de conhecimento e minimização desse tipo de terapia por parte de

alguns colegas, a quem imputam a contribuição para o subdesenvolvimento dessa “ciência”.

Além disso, acreditamos que, embora a maioria tenha respondido conhecer essa prática para cuidados em saúde, trata-se de um conhecimento superficial no que diz respeito às suas mais diversas aplicabilidades. Esse fato pode ser evidenciado quando inicialmente o participante responde conhecer termalismo e crenoterapia e ao ser solicitado uma justificativa sobre o fato de não concordar com a implantação dessa prática na UAPS, aponta não ter conhecimento necessário sobre a referida PIC. No entanto, um estudo mais preciso se faz necessário para confirmar, ou não, tal pressuposto.

11.2.5 Uso e indicação de Medicina Antroposófica por Profissionais da Atenção Primária à Saúde de Santos Dumont

No presente estudo, 81,2% dos participantes afirmaram desconhecer Medicina Antroposófica e dos que a conhecem, 93,8% afirmaram ser através de meios informais. Cabe ressaltar que apenas um (6,2%) médico cubano relatou conhecer essa prática através da pós-graduação em Medicina Natural e Tradicional, sendo que, segundo esse participante, o curso possui uma abordagem geral de várias práticas e em um determinado período, o pós-graduando opta por qual (is) prática(s) pretende se aprofundar. Isso justifica o fato dos demais médicos cubanos não terem afirmado conhecimento sobre essa prática.

A MA chegou ao Brasil há cerca de um século, pouco tempo se comparada à existência das demais PICs, sendo que o primeiro curso de formação em Medicina Antroposófica, nos moldes de especialização Lato Sensu, foi criado somente em 1994, em São Paulo. Neste contexto, também a institucionalização do ensino dessa prática se deu recentemente, sendo a especialização restrita à categoria médica (ABMA, s.d.).

A Enfermagem, enquanto prática orientada pelos preceitos antroposóficos, é aceita, reconhecida e praticada em vários países da Europa. Todavia, ainda é pouco conhecida no Brasil, especialmente no meio acadêmico, sendo que no país não há especialização em enfermagem antroposófica. As pessoas que quiserem atuar como

enfermeiras antroposóficas precisam, inicialmente, concluir o curso de graduação em enfermagem e, posteriormente, fazer o curso básico de medicina antroposófica ministrado pelas ABMAs estaduais (ABMA, s.d.).

Diante do exposto, acreditamos que a escassez de instituições formadoras, a carências de publicações e a pouca discussão sobre essa PIC na graduação justifiquem o fato de um pequeno número de profissionais da APS conhecerem MA, e desse conhecimento ter se dado de maneira informal.

Os participantes apontaram que apenas 18,8% fizeram uso dessa prática e a maior parte (66,7%) menos de três vezes nos últimos seis meses.

A Medicina Antroposófica disponibiliza uma proposta de abordagem para todos os problemas de saúde, ainda que em alguns casos, seja considerada apenas como terapia complementar, aliada a outros métodos terapêuticos. No entanto, sua aplicação não se restringe ao tratamento, sendo que essa PIC também auxilia na prevenção de muitas doenças (VALE et al., 2011; GARDIN, 2007; ABMA, s.d.).

Embora o emprego de abordagens baseadas nos preceitos da MA se mostrem eficazes e benéficos, em Santos Dumont não há registros de instituições que ofereçam essa PIC. Em Minas Gerais, essa prática se faz presente em Belo Horizonte, nos centros de saúde da rede pública municipal, bem como no Ambulatório Didático da ABMA Regional Minas Gerais e também nos município de São João Del Rey, Juiz de Fora e Matias Barbosa (ABMA, s.d.).

Tal fato também justifica o número reduzido de indicações de MA à Amigos e familiares (apenas 25% dos que conhecem indicaram) bem como sua frequência (inferior a três vezes nos últimos seis meses). Além disso, o fato de não haver instituições que ofereçam essa PIC implica diretamente na ausência de indicação dessa prática à população atendida na UAPS, uma vez que não há disponibilidade de oferta do serviço no município.

Somado à isso, temos que o desconhecimento sobre determinada PIC, e entre elas a Medicina Antroposófica, pode levar a resistência e não indicação da mesma (NEVES et al., 2012).

As variáveis “renda”, “categoria profissional” e “escolaridade” apresentaram significância estatística na correlação com o desfecho “Conhece Medicina Antroposófica” ($p = 0,000$ para as três correlações).

Entre os profissionais com renda superior a sete salários mínimos, a maioria (77,8%) conhece a MA, o que não aconteceu com as demais faixas de rendimento.

Ou seja, o conhecimento acerca dessa prática foi maior entre aqueles que possuem maior poder aquisitivo.

A MA é mais conhecida entre os profissionais com ensino superior (50%) e pós-graduação (46,7%). Em relação à categoria profissional, essa PIC é mais conhecida entre os enfermeiros (75%) e médicos (40%), sendo que nenhum técnico de enfermagem conhece MA, e consequentemente não usou nem indicou essa prática a ninguém.

Cabe destacar que, entre os profissionais de ensino superior e pós-graduação, estão os médicos e enfermeiros, que também compõem uma parcela expressiva dos participantes cuja renda é superior a sete salários mínimos.

Constatamos também que a MA foi mais usada entre os profissionais com idade igual ou superior a 37 anos, sendo que entre os de idade inferior, não houve relato de uso dessa prática.

No entanto, a literatura levantada não apresentou estudos capazes de auxiliar nosso debate no que diz respeito a esses pontos na Medicina Antroposófica, o que acaba limitando nossa discussão nesse aspecto.

Ao serem questionados se concordavam com a implementação da MA nas UAPS, 81,3% opinaram positivamente e o restante levantou como argumento a falta de confiança e sua visão pessoal de poucos resultados; pouco conhecimento sobre a prática e um participante apontou a terapia como sendo “chata”.

Vale e colaboradores (2011) realizaram uma pesquisa sobre o uso da Medicina Antroposófica no ambulatório de dermatologia de um Hospital Universitário de Minas Gerais, que comprovou que o tratamento foi eficaz em mais de 75% dos casos, com média de cura ou melhora completa em 40% dos casos analisados.

As Abordagens terapêuticas baseadas nos preceitos da Medicina Antroposófica têm apresentado eficácia, através dos diversos recursos terapêuticos que integram essa prática, como a utilização de técnicas de psicanálise, de terapia ocupacional (escultura, pintura), de relaxamento, como aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística, além do uso de medicamentos feitos a partir da natureza, tais como: fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados (MINAS GERAIS, 2013e; SANTOS et al., 2012; VALE et al., 2011; BRASIL, 2006a).

Acreditamos que o propósito de tais recursos terapêuticos seja desconhecido para o profissional que considera a prática “chata”. Mais uma vez nos deparamos

com um posicionamento contrário a implantação de uma PIC, cujo argumento é baseado em considerações pessoais, a respeito de uma terapêutica cuja escolha cabe à outrem.

Percebemos certa resistência em relação a MA por parte dos profissionais a APS, uma vez que esta prática foi apontada como a menos conhecida entre eles e, antagonicamente, a de menor interesse em aprendizado e discussão.

O desconhecimento sobre PICs por parte dos profissionais de saúde pode ser considerado um fator dificultador para implementação dessas práticas nas UAPS. Nessa concepção, quando a formação se apresenta falha ou com lacunas de conhecimento, o profissional tende a demonstrar limitações (ARAÚJO et al., 2015; REIS, et al., 2014; VARELA; AZEVEDO, 2014; THIAGO;TESSER, 2011, BASTOS;LOPES, 2010).

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo foi composto majoritariamente: por profissionais de saúde do sexo feminino (72,9%) com idade média de 37,5 anos, casados ou vivendo em união estável (45,9%), brancos (51,8%), Católicos (72,9%), com renda familiar mensal de um a quatro salários mínimos (58,8%), com escolaridade acima do exigido para o cargo ocupado (78%), pertencente à categoria profissional Agente Comunitário de Saúde (55,3%), residentes em Santos Dumont (92,9%) há mais de 20 anos (72,9%).

A PIC mais conhecida (96,5%), usada para tratamento próprio (79,3%), indicada a amigos e familiares (65,9%) e indicada à população atendida na UAPS (41,5%) foi Plantas Medicinais e fitoterapia. Sendo essa prática a única aceita para implantação nas UAPS por todos os profissionais da APS de Santos Dumont. Plantas Medicinais e Fitoterapia também foi a prática de maior interesse em aprendizado entre participantes (69,4%). Além de ter sido a única PIC cuja maioria dos profissionais indicou à população numa frequência de três vezes ou mais nos últimos seis meses (64,7%).

Dentre as limitações deste estudo podemos citar o viés relacionado à presença de 11 médicos cubanos, especialistas em Medicina Natural e Tradicional.

Outra limitação diz respeito ao delineamento da pesquisa. Em se tratando de um estudo transversal, cuja finalidade é fazer um recorte de uma determinada realidade para que a mesma possa ser analisada, diversos fatores poderiam interferir na realidade levantada, entre eles a rotatividade dos profissionais.

Além disso, o questionário utilizado como instrumento de coleta de dados e preenchido pelo pesquisador de campo no momento da entrevista, embora seja adequado a este tipo de delineamento, limita a expressão qualitativa das questões abordadas.

Outro fator dificultador diz respeito à disposição do profissional de saúde em responder com seriedade e adequadamente as perguntas que lhes foram feitas, principalmente se levarmos em conta que o momento da abordagem foi durante o horário de serviço, além de outros fatores que também poderiam influenciar na resposta, como a memória e a compreensão daquilo que lhe foi perguntado.

Contudo, realizar um estudo através de um censo, possibilitou afirmar com propriedade os resultados apurados acerca da população estudada, por se tratar de todos os profissionais da APS de Santos Dumont.

Embora alguns profissionais tenham apontado conhecimento sobre PICs por meios formais (em sua maioria médicos cubanos, que fizeram pós-graduação em Medicina Natural e Tradicional), percebemos que a maior parte adquiriu esse conhecimento através de amigos e familiares, ou ainda por conta própria. Tal fato evidencia pouca ou nenhuma presença dessa temática na formação acadêmica desses profissionais, além da deficiência na capacitação dos mesmos no que diz respeito à PICs.

Dito isso, sugerimos uma reformulação da estrutura curricular da atual formação em saúde que aborde o ensinamento dos aspectos fundamentais dessas práticas, mesmo que de forma breve, porém obrigatória, ainda na graduação, a fim de preparar melhor os futuros profissionais em relação às demandas ressurgentes.

Contudo, aos profissionais já formados atuantes no serviço, se faz necessária uma capacitação sobre PICs, buscando atender primordialmente aquelas de maior interesse entre os profissionais, ou seja, Plantas medicinais e fitoterapia.

Outra questão evidenciada no presente estudo diz respeito à indicação das PICs para a população atendida nas UAPS, sendo essa menor quando comparada com a indicação aos amigos e familiares, denotando assim pouco conhecimento e consequentemente, insegurança por parte dos profissionais em indicar essas práticas de forma institucionalizada, que envolve a responsabilidade ética profissional e demandam embasamento científico.

Além disso, considerando que a divergência de respostas a respeito da oferta de PIC nas UAPS represente um problema relacionado ao processo de trabalho desses profissionais e que isso poderá acarretar danos físicos e/ou psicológicos à esses trabalhadores, apontamos a necessidade de estudos que visem a saúde do trabalhador da APS de Santos Dumont.

Nossos resultados não permitem explicações ou análises aprofundadas a respeito do posicionamento da maioria dos profissionais, mas sugere que há neles sensibilização ao movimento social para a revalorização de algumas PICs, em especial as Plantas Medicinais, o que poderia ser mais valorizado e estimulado, visto que a inserção dessa prática pode contribuir tanto para o acesso a outras opções

terapêuticas de cuidado como para promover a articulação e o diálogo entre diferentes saberes e valores.

Além disso, o acesso às práticas de promoção da saúde e de cuidados regulares poderia contribuir para a redução da demanda que atualmente sobrecarrega as emergências, serviços ambulatoriais e a própria UAPS além de favorecer a diminuição do uso abusivo de medicamento entre a população, proporcionando autocuidado através de práticas holísticas que visam estimular a diversidade de recursos para promoção de saúde e de cuidados na APS.

Consideramos que proporcionar o acesso da população à diversidade das Práticas Integrativas e Complementares é um enorme desafio. Entretanto, cabe aos profissionais de saúde sensibilizar os gestores e demonstrar a necessidade da inserção de outras práticas no sistema público para melhor atender aos usuários.

Recomenda-se ainda a realização de novos estudos que busquem fortalecer as suposições aqui colocadas, de maneira a contribuir com a presença das PICs na APS, explorando de forma mais aprofundada as informações levantadas no presente estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. O esgotamento da teoria do germe. In: NASCIMENTO, M.C.; NOGUEIRA, M.I.(Org). **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 106- 122.

ALVES, A.R.; SILVA, M.J.P. da. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.4, p. 85-91, 2003.

ALVIM N.A.T. et al.. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da Formação Profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela Enfermeira. **Rev Latino-am Enfermagem**. V.14, n.3, 2006.

ARAÚJO, A.K.L. et al.. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aplicabilidade da fitoterapia na atenção básica: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. Care**, v.7, n. 3, p.2826-2834, jul.-set, 2015.

ARAÚJO, C.F.R. de. et al.. Perfil e prevalência de uso de plantas medicinais em uma unidade básica de saúde da família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica**, v. 35, n. 2, p. 233-238, Apl., 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA – ABMA. Medicina Antroposófica na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). **Cartas enviadas ao Ministério da Saúde**. 2006. Disponível em <<http://www.abmanacional.com.br/index.php?link=8&id=23>> Acesso em: 24 Jun. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA – ABMA. **Conheça a Medicina Antroposófica**, s.d. Disponível em: <<http://www.abmanacional.com.br/>> Acesso em: 04 Ago. 2014.

BASTOS, R.A.A.; LOPES, A.M.C. A Fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o Olhar da Enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 21-28, Abr-Jun 2010.

BETTEGA, P.V.C. et al.. Fitoterapia: dos canteiros ao balcão da farmácia. **Arch Oral Res.**, v. 7, n. 1, p. 89-97, Jan./Apr., 2011.

BORIN, G.S. et al. Acupuntura como recurso terapêutico na dor e na gravidade da desordem temporomandibular. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.3, p. 217-22. jul/set2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. **Indicadores - Tipo de Estabelecimento**. Santos Dumont. [2015]. Disponível em:

<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=36&VListar=1&VEstado=31&VMun=316070&VSubUni=&VComp=> Acesso em: 15 Jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **RDC N° 26**, de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica – Solicitação de posicionamento sobre a prática da acupuntura. Brasília** – DF, 26 de setembro de 2013a. Disponível em: <<http://www.abacocba.com.br/notaacupunturaministeriosaude.pdf>> Acesso em: 04 Dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**, Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html> Acesso em: 09 maio 2014

BRASIL. Presidência da República. Blog do Planalto. **Razões dos vetos ao projeto que “Dispõe sobre o exercício da Medicina”**. Brasília, 2013c. Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/Raz%C3%B5es-dos-vetos.pdf>> Acesso em: 14 Ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto N° 8.077** de 14 de agosto de 2013, que Regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário, e o registro, controle e monitoramento, no âmbito da vigilância sanitária, dos produtos de que trata a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Brasília, 2013d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.871**, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Portal da Legislação; 22 Out. 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 110 p. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 Dezembro de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **CNS faz recomendação sobre exercício da acupuntura**. Brasília, 2012c. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/19_abr_recomendacao_acupuntura.html> Acesso em: 12 Dez 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Observatório de Medicina Antroposófica no SUS - Relatório Técnico. **Resultados do monitoramento dos serviços de medicina antroposófica no SUS no período 2009 – 2011**. 2012d. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/relatorio_monitoramento_ma_cnpic.pdf> Acesso em: 10 Jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: MS; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 31). 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília- DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 de jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010 Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Série B. Textos Básicos em Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. **Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº971 de 3 de maio de 2006** que Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006** que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: DF, 60p, 2006d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Presidencial nº 5813, de 22 de junho de 2006**. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.. Brasília, 2006e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm> Acesso em: 23 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006, que Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília, DF, 2006f.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 343**, de 07 de outubro de 2004. Delibera pela reativação da Comissão Nacional de Crenologia, de caráter interinstitucional e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso343.doc> Acesso em: 18 mai. 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.666/2003**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. D.O.U. de 25 de junho de 2003, seção I, p. 97-99, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº1.634 de maio de 2002**. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. D.O.U. de 29 de abril de 2002, seção I, p. 81, 2002a.

BRASIL. Senado Federal. **Substitutivo da Câmara ao projeto de Lei do Senado Nº268/200** que dispõe sobre o exercício da medicina. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=68979>> Acesso em: 02 dez 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**, que Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html> Acesso em: 14 mai. 2014

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1455, de 11 de agosto de 1995** que Reconhece a Acupuntura como especialidade médica. D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, nº 159, 18 ago. 1995. Seção 1, p. p. 12.675, 1995.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Brasília, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução COFFITO Nº 60, de 22 de junho de 1985** que Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, 1985. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito/131-resolucao-n-60-dispoe-sobre-a-pratica-da-acupuntura-pelo-fisioterapeuta-e-da-outras-providencias.html>> Acesso em: 04 dez 2014.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 467, de 3 de agosto de 1972**, Brasília, DF, 28 ago. 1972. Seção I, parte II.

BRASIL. Governo Federal. **Programa Mais Médicos**. s.d. Disponível em: <<http://www.maismedicos.gov.br/>> Acesso em: 29 Set. 2015.

BRASILEIRO, B.G. et al.. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no Programa de Saúde da Família, Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 44, n. 4, out./dez., 2008.

BORSATO, Z.E. Relato de experiência: Brumadinho. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. **Cadernos de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/MG: formação de apoiadores, experiências e conceitos**. Belo Horizonte. p. 39 – 41, 2014.

BROOM, A.; ADAMS, J. A sociologia da educação em saúde integrativa. In: NASCIMENTO, M.C. do; NOGUEIRA, M.I. (Org). **Intercâmbio Solidário de Saberes em Saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. São Paulo: HUCITEC, 2013. 232p.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.deS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec São Paulo-Rio de Janeiro: Fiocruz,. 871 p. 2009

CAMPOS, F.E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. **Rev Bras Educ Méd.** v. 25, n.2, p.53-59, 2001.

CHEHUEN NETO, J.A. et al. Uso e compreensão da medicina alternativa e complementar pela população de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 266-276, out./dez. 2010.

CORRÊA, A. D.. et al. Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 13-31, jan.-mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000100002&lng=pt&nrm=iso> acesso em: 13 Ago. 2014.

COSTA, M.C.M.; FIGUEIREDO, M.C.; CAZENAVE, S. de O.S. Ayahuasca: Uma abordagem toxicológica do uso ritualístico. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo, V.32, n.6, p. 310-318. 2005. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n6/310.html>> Acesso em: 07 Jan 2015.

COSTA, S. de. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 27, p. 90-96, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/530>>. Acesso em: 08 Dez. 2015.

DIAS, J. de. S.; MELO, A.C.; SILVA, E. S. Homeopatia: percepção da população sobre significado, acesso, utilização e implantação no SUS. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina 58 v. 15.n. 2 . p. 58-67, jun. 2014.

DORIA, M.C. da S.; LIPP, M.E.N.; SILVA, D.F.da. O Uso da Acupuntura na Sintomatologia do *Stress*: Pesquisa. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 32, n. 1, p. 34-51, 2012.

DISTÂNCIA ENTRE CIDADES. **Distância entre Santos Dumont e Juiz de Fora**. [2015]. Disponível em: <<http://br.distanciacidades.com/distancia-de-santos-dumont-a-juiz-de-fora>> Acesso em: 23 Dez. 2015.

DUNIAU, M.C.M. **Plantas medicinais: da magia à ciência**. Rio de Janeiro: Brasport, 2003. 150p.

FIGUEIREDO, T.A.M. de; MACHADO, V.L.T. Representações sociais da homeopatia: uma revisão de estudos produzidos no Estado do Espírito Santo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, Supl. 1, p. 999-1005, 2011.

FLEITH, V. D.; et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup:, p.755-762, 2008.

FONTANELLA, F.; et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **ACM Arq Catarin Med.** v36, n.2, p. 69-74, 2007.

FONTENELE, R.P. et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.8, p. 2385-2394, 2013.

FORTES, G.S. **Conheça Santos Dumont, onde cultura e história se misturam a belezas naturais.** Jornal On-line Cabangu. Santos Dumont. S.d. Disponível em: <<http://portal.cabangu.com.br/?p=2117&print=1>> Acesso em: 28 Dez. 2015.

FRAIOLI, A. et al. Clinical researches on the efficacy of spa therapy in fibromyalgia: a systematic review. **Ann. Ist. Super. Sanità** [online], v.49, n.2, p. 219-229, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/aiss/v49n2/a14v49n2.pdf>> Acesso em: 20 Dez. 2015.

FREITAS, F.B. de; OLIVEIRA; J.C. de; COSTA, W.J.T. Relato de experiência: Caratinga. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. **Cadernos de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/MG: formação de apoiadores, experiências e conceitos.** Belo Horizonte. p. 35-36, 2014.

FUKUMASU, H. et al.. Fitoterápicos e Potenciais Interações Medicamentosas na Terapia do Câncer. **Revista Brasileira de Toxicologia.** v. 21, n.2 ,49-59, 2008.

GALHARDI, W.M.P.; BARROS, N.F. The teaching of homeopathy and practices within Brazilian Public Health System (SUS). **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.247-66, abr./jun. 2008.

Gardin, N.E. **Viscum Album no tratamento complementar do câncer e da hepatite B.** Ed: Weleta. 2ª ed. (rev.). São Paulo, 2007.

GASPARETTO, J.C. et al. Mikania glomerata Spreng. e M. laevigata Sch. Bip. ex Baker, Asteraceae: estudos agronômicos, genéticos, morfoanatômicos, químicos, farmacológicos, toxicológicos e uso nos programas de fitoterapia do Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia.** v. 20, n.4, p. 627-640, Ago./Set. 2010.

GRECO, R. M.; et al. Estudos Brasileiros sobre Práticas Integrativas e Complementares. **Rev. Sodebras.** V. 121, n. 121, p. 85-91, Janeiro, 2016

HARTUNG, C.; Open Data Kit: Tools to build information services for developing regions. In: **Anais do ICTD 2010**, Londres, 2010. Disponível em <<https://opendatakit.org/wp-content/uploads/2010/10/ODK-Paper-ICTD-2010.pdf>> Acesso em: 2 out. 2015.

HOCHMAN, B. et al.. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, supl. 2, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades. **Santos Dumont**. [2015] Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=316070>> Acesso em: 10 Mai. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores IBGE. Pesquisa Mensal de Emprego Novembro 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/> Acesso em: 15 Dez 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010 Trabalho e Rendimento Educação e Deslocamento**. 2012 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000011363712202012375418902674.pdf>> Acesso em: 01 Dez. 2015.

JUSTO, C.M.P.; GOMES, M.H de A. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1159-1171, out.-dez. 2007.

KLEIN, C.H; BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R.A., et al. **Epidemiologia**. São Paulo. Ed Atheneu. 2ed. p193-220, 2009.

LAZZERINI, F.T. Termalismo Brasil. **Estâncias Hidrominerais do Brasil**. 2009.
LACERDA E SILVA, T. et al. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.49, pp. 273-288, 2014.
Disponível em: < <http://Termalismobrasil.blogspot.com.br/2009/10/estancias-hidrominerais-do-brasil.html>> Acesso em: 12 abril 2013.

LEAL, F.; SCHWARTSMANN, G.; LUCAS, H. S. Medicina complementar e alternativa: uma prática comum entre os pacientes com câncer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2015.

LEVIN, Jack. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Harbra, 1987.

LIMA, K.M.S.V.; SILVA, K.L.; TESSER, C.D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface (Botucatu)**, v.18, n.49, pp. 261-272, 2014.

LIMA, D.F. et al. Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde. **Rev Rene**, v. 15, n. 3, p. 383-90, maio-jun 2014.

LIMA, A.R.; MAGALHÃES, A.S.; SANTOS, A.R.M.; Levantamento etnobotânico de plantas medicinais utilizadas na cidade de Vilhena, Rondônia. *Revista pesquisa & Criação*, v.10, n.2, p.165-179, 2011.

LIMA, J. C. de. **Stress Ocupacional dos Trabalhadores da Saúde**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação de Saúde Mental) - Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2010. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004EF2.pdf>> Acesso em 15 Jan. 2016.

LIMA, J.H.C. **Estudo da demanda de Tratamento por Acupuntura no hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2007. Trabalho de conclusão de curso (graduação em Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2007.

LOURES, M. C. et al. Contribuições da fitoterapia para a qualidade de vida: percepções de seus usuários. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 278-83, abr/jun 2010.

LUZ, H.S. Contribuições da campanha “Democracia na Saúde JÁ!” para a Institucionalização da PNPIC. In: **Intercâmbio Solidário de Saberes em Saúde: racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares**. NASCIMENTO, M. C. do; NOGUEIRA, M.I. (Org). São Paulo: HUCITEC, 2013. 232p.

LUZ, M.T. WENCESLAU, L.D. Goethe, Steiner e o nascimento da arte de curar antroposófica no início do século xx . *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], Número não temático 98. p. 85-102, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Trabalho/Downloads/rccs-5046-98-goethe-steiner-e-o-nascimento-da-arte-de-curar-antroposofica-no-inicio-do-seculo-xx.pdf>> Acesso em: 28 Jan. 2015.

LUZ, M.T. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.174p.

LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Sup., p.145- 176, 2005.

MACEDO, A.F.; OSHIWA, M.; GUARIDO, C.F. Ocorrência do uso de plantas medicinais por moradores de um bairro do município de Marília-SP. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 28, n.1, p.123-128, 2007.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A.C.P. de. **Noções de probabilidade e estatística**. 6. ed. São Paulo: EdUSP, 2005.

MANZINI, T.; MARTINEZ, E.Z.; CARVALHO, A.C.D de. Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogos. *Rev Bras Epidemiol*. V.11, n.2, p. 304-14, 2008.

MARQUES, C. V. P. Acupuntura a laser no tratamento da dor em criança com anemia falciforme. Relato de caso. **Rev Dor**. São Paulo, v. 15, n.1, p.70-3, jan-mar, 2014.

MARQUES, L.A.M. et al. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população são-joanense. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 663-674, 2011.

MARTINS, L.F. **Estresse ocupacional e esgotamento profissional entre Profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 2011. dissertação (mestrado em psicologia) - Instituto de Ciências Humanas, Programa de pós-graduação em psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011. 112p.

MARTINS, L.A.P.; MARTINS, R.A. Os miasmas e a teoria microbiana das doenças. **Scientific American Brasil** [Série História] n.6, p. 68-73, 2006. Disponível em: <<http://www.ghhc.usp.br/server/pdf/ram-Miasmas-Sci-Am.PDF>> Acesso em: 17 Jun. 2015.

MARTINS-RAMOS, D.; BORTOLUZZI, R.L.C.; MANTOVANI, A. Plantas medicinais de um remascente de Floresta Ombrófila Mista Altomontana, Urupema, Santa Catarina, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.12, n.3, p.380-397, 2010.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, V. 27, n.65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Introdução às Práticas Integrativas e Complementares. Unidade 2: Medicina Tradicional Chinesa: Acupuntura/Outras Terapêuticas**. Belo Horizonte, Minas Gerais, março, 2013a.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Introdução às Práticas Integrativas e complementares. Unidade 1: Homeopatia**. Belo Horizonte, Minas Gerais, março, 2013b.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Introdução às Práticas Integrativas e Complementares. Unidade 4: Fitoterapia/Plantas Medicinais**. Belo Horizonte, Minas Gerais, abril, 2013c.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Introdução às Práticas Integrativas e Complementares. Unidade 6: Termalismo**. Belo Horizonte, Minas Gerais, abril, 2013d.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Introdução às Práticas Integrativas e**

Complementares. Unidade 5: Antroposofia. Belo Horizonte, Minas Gerais, abril, 2013e.

MINAS GERAIS. Coordenadoria de Práticas Integrativas e Complementares. Gerência de Redes Temáticas. Superintendência de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares.** Minas Gerais, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. **Morbidade Hospitalar do SUS por Local de Residência**, Santos Dumont, MG, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrmg.def>> Acesso em: 07 Jan. 2016.

MONTEIRO, M.M.S. **Práticas Integrativas e Complementares no Brasil – Revisão Sistemática.** Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

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

MORAES, M. R. C. **A Reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira.** 2007. 244p. Dissertação. (Mestrado em Ciência da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2007.

MORAES, W. A. **Medicina Antroposófica: um paradigma para o século XXI.** Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. São Paulo, 2005. 282p.

MORALES, N.M.; MIN, L.S.; TEIXEIRA, J. E. M. Atitude de Estudantes de Medicina frente a Terapias Alternativas e complementares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n.2, p. 240 – 245, 2015.

MORALES, M.L. Los Balnearios como Centros de Salud. **Index Enferm**, Granada, v. 13, n. 47, marzo 2004. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jan. 2016.

MOREIRA, R.C. et al. Nível de conhecimentos sobre Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.187-195, jan-fev, 2002.

NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p.1793-1800, 2011.

NEVES, R.G.; PINHO, L.B.; GONZÁLES, R.I.C. O Conhecimento dos Profissionais de Saúde Acerca do Uso de Terapias Complementares no Contexto da Atenção

Básica. **R. pesq.: cuid. fundam.** [Online]. v.4, n. 3, p. 2502-09. jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1767/pdf_584> Acesso em: 20 jan 2015.

NICOLETTI, M.A. et al.. Principais Interações no Uso de Medicamentos Fitoterápicos. **Infarma**. v.19, nº 1/2, 2007.

NUNES, E. D. Sociologia da Saúde: história e temas. In: CAMPOS, GWS et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec São Paulo-Rio de Janeiro: Fiocruz,. 871 p.II. 2009a.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: historia recente, passado antigo. In: CAMPOS, GWS et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec São Paulo-io de Janeiro: Fiocruz, 871 p. II. 2009b.

NUÑEZ, H.M.F; CIOSAK. S.I. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 - Santo Amaro - São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n.3, p.11-8, 2003.

OLIVEIRA, A.A.; SALVI, J. de O. Percepções de acadêmicos de farmácia sobre a homeopatia. **Revista de Homeopatia**, v. 77, n. 1/2, p. 16-20, 2014.

OLIVEIRA, L.L. **O Brasil dos Imigrantes**. Ed. Zahar, 74 p. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Safety issues in the preparation of homeopathic medicines. WHO Press, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

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

PAI, H.J. **Acupuntura: de terapia alternativa a especialidade médica**. São Paulo: CEIMEC; 2005.

PARANAGUÁ, T.T.B. et al. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.75-0, jan/mar 2009.

PARRA, A.L.; SOLOGUREN, I. B. Utilización terapéutica de las aguas y fangos mineromedicinales. **Rev Cubana Farm** v.36 n.1, Ciudad de la Habana jan.-abr. 2002.

PENA, S.D.J. et al.. Retrato Molecular do Brasil. **Ciência Hoje**, v. 27, n. 159. p. 16-25. 2000.

PIRES, I.F.B. et al. Plantas medicinais como opção terapêutica em comunidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Campinas, v.16, n.2, supl. I, p.426-433, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS DUMONT, **Cidade**, 2015. Disponível em <<http://www.santosdumont.mg.gov.br/cidade>> Acesso em 15 Mai. 2015.

PREFEITURA DE SANTOS DUMONT. **Plano Municipal de Saneamento Básico de Santos Dumont**. 2014. Disponível em: < <http://agevap.org.br/agevap/pmsb-mg/santos-dumont/pmsb.pdf>> Acesso em: 2 Mar. 2015.

PREFEITURA DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria de Saúde. **Termalismo Social/Crenoterapia** s.d. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/prog-fitoterapia/i16crenoterapia.php>> Acesso em: 28 Jun. 2014.

PUPPO, E.; SILVA, C.P. Levantamento do perfil medicamentoso e frequência de associações entre o Ginkgo (*Ginkgo biloba* L.) e ácido acetilsalicílico, em usuários atendidos pela FarmaUSCS de São Caetano do Sul. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 29, n.1, p. 53-58, 2008.

QUINTELA, M. M.: Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). **História, Ciências, Saúde . Manguinhos**, v. 11, sup.1, p. 239-60, 2004.

REIS, L.B.M. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas de Cirurgiões-Dentistas de Anápolis-GO sobre a fitoterapia em odontologia. **Rev Odontol UNESP**, v. 43, n. 5, p. 319-325, Set.-Out., 2014.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília: Ministério da Saúde. Ano IX. Ed. Especial, Mai. 2008.

RIVAS NETO, F.R. et al. Ervas nas religiões afro-brasileiras. **Revista Triplov de Artes, Religiões e Ciências**. Nova série. n. 28.jun, s.p., 2012. Disponível em: <http://novaserie.revista.triplov.com/numero_28/yuri-rocha/index.html> Acesso em: 7 Mai. 2014.

ROCHA, S.P.; GALLIAN, D.M.C. Uma nova abordagem dos estudos da medicina tradicional chinesa no Ocidente. **Physis.**, v.23, n.3, p. 995-1001, 2013.

ROCHA, L.deO.; SOARES, M.M.S.R.; CORRÊA, C.L. Análise da contaminação fúngica em amostras de *Cassia acutifolia* Delile (sene) e *Peumus boldus* (Molina) Lyons (boldo-do-Chile) comercializadas na cidade de Campinas, Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v. 40, n. 4, p. 521-527 out./dez., 2004.

ROCHA, D.K. et al. Acupuntura Médica No Brasil: um breve histórico. **Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura**. s.d. Disponível em: <<http://www.cmba.org.br/historia-da-acupuntura-medica-no-brasil.html>> Acesso em: 3 Ago. 2014.

RODRIGUES-NETO, J.F; LIMA, L.S.; ROCHA; L.F.; LIMA, J.S.; SANTANA, K.R; SILVEIRA, M.F. Uso de Práticas Integrativas e Complementares (Pic) por Pacientes Adultos Infectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (Hiv), no Norte De Minas Gerais. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.1, p.159-172 jan./mar. 2010.

RODRIGUES-NETO, J.F.; FIGUEIREDO, M.F.S.; FARIA, A.A.DE.S; FAGUNDES, M.. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n.4, p. 233-239. 2008.

RODRIGUES-NETO, J.F.; FARIA, A.A. de; FIGUEIREDO, M.F.S. Medicina complementar e alternativa: utilização pela com unidade de montes claros, Minas Gerais. **Rev Assoc Med Bras.** v. 55, n. 3, p. 296-301, 2009.

ROLAND, M.I. de F.; GIANINI, R.J.. Redes sociotécnicas de assistência à saúde em acupuntura: estudo de caso sobre a formação básica de estudantes de medicina. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.477-511, abr.-jun. 2014.

ROSA, R.L.; BARCELOS, A.L.V.; BAMPI, G. Investigação do uso de plantas medicinais no tratamento de indivíduos com diabetes melito na cidade de Herval D' Oeste – SC. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.14, n.2, p.306-310, 2012.

ROUQUAYROL, M.A; FILHO, N.A. **Epidemiologia & Saúde**. 6º ed., Rio de Janeiro: Medsi. Cap.4, 161p. 2003.

SALLES, L. F.; KUREBAYASHI, L.F.S.; SILVA,M.F,P. As Práticas Complementares e a Enfermagem In: SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. da. **Enfermagem e as práticas complementares em saúde**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, p.1-19. 2011.

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

SALLES, S. A. C. A Presença da Homeopatia nas Faculdades de Medicina Brasileiras: Resultados de uma Investigação Exploratória. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 3, p. 283 – 290, 2008.

SANTOS, L.F.; CABRAL, J.M. Relato de experiência: Itabira. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde. **Cadernos de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/MG: formação de apoiadores, experiências e conceitos**. Belo Horizonte. p. 37, 2014.

SANTOS, C. P.; et al. Relato de experiência do uso de medicamentos homeopáticos para profilaxia de dengue em Belo Horizonte -MG no ano de 2010. **Revista de Homeopatia**, v. 75, n. 3/4, p. 1-12. 2012.

SANTOS, R.L. et al. Análise sobre a Fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.13, n.4, p.486-491, 2011.

SANTOS, F.A.S. et al. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. **Rev Bras Fisioter**, v. 13, n.4, p.330-4, 2009.

SARAIVA, A. M.; FILHA, M.O.F.; DIAS, M.D. As práticas integrativas como forma de complementaridade ao modelo biomédico: concepções de cuidadoras. **R. pesq.:**

cuid. fundam.. Ed.Supl., p.155-163. [Online] dez 2011. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1953/pdf_536
Acesso em: 10 Mai. 2014.

SCHNAIDER, T. B. Ética e pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.23, n.1, 107-111, 2008.

SEGRE, M; FERRAZ,F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.5, p. 538-42, 1997.

SENA, J. et al. Política intersectorial de plantas medicinais do estado do rio grande do sul: visão docente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V. 28, n.1, p. 62-9. 2007.

SHIGUNOV NETO, A.; MACIEL, L. S. B. O ensino jesuítico no período colonial brasileiro: algumas discussões. **Educar**. Curitiba, n. 31, p. 169-189, 2008.

SILVA, J.B. da. **As práticas de uso de plantas medicinais e fitoterápicos por trabalhadores de saúde na atenção básica**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15012013-113218/>>. Acesso em: 10 Ago 2014.

SILVA, A. L. P. da. Tratamento da Ansiedade por Acupuntura: Estudo de Caso. **Psicologia, Ciência e Profissão**. V.30, n.1, p.199-211. 2010.

SILVA, D.F da. Psicologia e acupuntura: aspectos históricos, políticos e teóricos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 27, n. 3, Sept. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Dez. 2014.

SOARES, J.F.; SIQUEIRA, A.L. **Introdução à Estatística Médica**. Departamento de Estatística da UFMG. Belo Horizonte. Editora Médica coopmed 2ª ed. 2012. 300p.

SOLIMENE, U. **Itália – Termalismo Social e Crenoterapia – Uma Perspectiva Mundial - Para onde vão as Águas Termais?** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SOUSA, I.M.C; BODSTEIN, R.C.A; TESSER, C.D.; SANTOS, F.A.S; HORTALE, V.A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.11, p. 2143-2154, nov., 2012.

SOUSA; M.S; SOUZA, W.F; LIMA, M.F. Plantas Sagradas nas Religiões Afro-Brasileiras: correlações do seu uso terapêutico e a fitoterapia. **Aassociación de Cientistas Sociales de la Religión del Mercosul** – ACSRM. S.d. Disponível em: <http://www.acsrm.org/interactivo/fscommand/GT06_SousaMariadoSocorro.pdf >
Acesso em: 24 Ago. 2014.

SOUZA, J.O.R.L. et al. Lian Gong: prática corporal chinesa e sua relação com a qualidade de vida em idosos. **Saúde Coletiva**, v. 43, n. 7, p. 213-215, 2010.

TEIXEIRA, J.B.P. **Práticas Integrativas Não Convencionais em Saúde Brasileira**. 1 ed. Belvedere, Juiz de Fora, Minas Gerais, 132p. 2014.

TEIXEIRA, J.B.P; SANTOS, J.V.dos. Fitoterápicos e Interações Medicamentosas. **Programa de Medicina em Terapias Não Convencionais da UFJF - PROPLAMED**, 2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/05/Fitoter%C3%A1picos-e-Intera%C3%A7%C3%B5es-Medicamentosas.pdf>> Acesso em: 28 Fev 2015.

TEIXEIRA, M.Z. Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, v.31, n.1, pp. 15-20. 2007.

THIAGO, S. de C. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis**. 2009.148f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Florianópolis. 2009.

THOMAZ, L.C.L. Anamnese Homeopática ou Consulta Homeopática? A Propósito do Relato de um Caso de Vitiligo. **Revista de Homeopatia**, v.72, n.1/2, p. 23-29, 2009.

TESSER, C.D. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletiva. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.336-350, 2012.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Ago, 2009.

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

TESSER, C. D.; BARROS, N.F.. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**; v. 42, n.5, p. 914-20. 2008.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n11, p. 4395-4404. 2011.

TORRES, T.Z.G. de; MAGNANI, M.M.F.; PEREZ, M. de A. Amostragem. In: MEDRONHO, R.A., et al.. **Epidemiologia**. São Paulo. Ed Atheneu. 2 ed., 2009. p.403-414.

UNIDADES DE SAÚDE SANTOS DUMONT. Secretaria municipal de Saúde. **Quantitativo de pessoal unidades de saúde santos dumont**. [mensagem

pessoal] Mensagem recebida por: <planejamentosaudesd@outlook.com>. em: 10/04/2015.

VARELA, D.S.S.; AZEVEDO, D.M. Saberes e Práticas Fitoterápicas de Médicos na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 273-290, maio/ago. 2014.

VALE, M.C.C. et al. Perfil dos usuários do ambulatório de dermatologia antroposófica - HU-UFJF, Juiz de Fora – MG. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 1, p. 77-85, jan./mar. 2011.

VIDAL, V.P. Etnobotânica das Ervas Medicinais: Um breve ensaio do saber popular no Brasil. **História e-História**, 2010. Disponível em: <<http://historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=alunos&ID=310>> Acesso em: 20 Jun 2014.

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa : A Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares. Nesta pesquisa pretendemos verificar a prevalência do uso e indicação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde pelos profissionais e Identificar os fatores associados a sua utilização.

O motivo que nos leva a estudar o uso e a indicação de PIC pelos profissionais de saúde da atenção primária é fato de que os dados consolidados sobre essa temática ainda são escassos. Além disso, essa investigação contribuirá para o reconhecimento, difusão e a aplicação das Práticas Integrativas e Complementares possibilitando um tratamento de fácil acesso e baixo custo.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados, em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com a sua permissão através de Tablet para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para o diagnóstico do uso e indicação de PIC pelos profissionais da APS de Santos Dumont.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da UFJF e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa A Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Profa. Dra Rosangela Maria Greco

Endereço: Rua Luiz Perry, 458

CEP: 36015380/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 84048838

E-mail: romagreco@gmail.com

Apêndice 2 – Questionário

BLOCO A Práticas Integrativas e Complementares

ID1 Unidade de Saúde: _____ Data: _____

ID2 Trabalha com PIC? _____ ID2.2 Qual (is)? _____

A1. Você conhece Plantas Medicinais e Fitoterapia?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A10)

A2. Como você ficou conhecendo Plantas Medicinais e Fitoterapia?
1 Aprendeu por conta própria ou com Familiar
2 Fez curso A2.2 Qual _____

A3. Você já usou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento próprio?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A5)

A4. Com que frequência você usou Plantas Medicinais e Fitoterapia nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A5. Você já indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento de um familiar ou amigo?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A7)

A6. Com que frequência você indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento de um familiar ou amigo nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A7. Você já indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento para a população atendida na UAPS?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A9)

A8. Com que frequência você indicou Plantas Medicinais e Fitoterapia para tratamento para a população atendida na UAPS nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A9. Você concordaria com a implantação de plantas medicinais e fitoterapia nessa UAPS?
--

1 Sim
2 Não A9.1 Por que? _____

A10. Você conhece homeopatia?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A19)

A11. Como você ficou conhecendo homeopatia?
1 Aprendeu por conta própria ou com Familiar
2 Fez curso A11.2 Qual _____

A12.Você já usou Homeopatia para tratamento próprio?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A14)

A13.Com que frequência você usou Homeopatia nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A14.Você já indicou Homeopatia para tratamento de um familiar ou amigo?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A16)

A15. Com que frequência você indicou Homeopatia para tratamento de um familiar ou amigo nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A16. Você já indicou Homeopatia para tratamento para a população atendida na UAPS?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A18)

A17. Com que frequência você indicou Homeopatia para tratamento para a população atendida na UAPS nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A18. Você concordaria com a implantação da Homeopatia nessa UAPS?
1 Sim
2 Não A18.1 Por que? _____

A19. Você conhece Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A28)

A20. Como você ficou conhecendo Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura?
1 Aprendeu por conta própria ou com Familiar
2 Fez curso A20.2 Qual _____

A21. Você já usou Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura para tratamento próprio?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A23)

A22. Com que frequência você usou Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A23. Você já indicou Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura para tratamento de um familiar ou amigo?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A25)

A24. Com que frequência você indicou Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura para tratamento de um familiar ou amigo nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A25. Você já indicou Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura para tratamento para a população atendida na UAPS?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A27)

A26. Com que frequência você indicou Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura para tratamento para a população atendida na UAPS nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A27. Você concordaria com a implantação da Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura nessa UAPS?
1 Sim
2 Não A27.1 Por que? _____

A28. Você conhece sobre banhos e águas minerais para cuidados de saúde?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A37)

A29. Como você ficou conhecendo sobre banhos e águas minerais para cuidados de saúde?
1 Aprendeu por conta própria ou com Familiar

2 Fez curso A29.1 Qual _____

A30.Você já usou banhos e águas minerais para cuidados próprios de saúde?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A32)

A31.Com que frequência você usou banhos e águas minerais para cuidados próprios de saúde nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A32.Você já indicou banhos e águas minerais para cuidado de saúde para um familiar ou amigo?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A34)

A33. Com que frequência você indicou banhos e águas minerais para cuidado de saúde para um familiar ou amigo nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A34. Você já indicou banhos e águas minerais para cuidado de saúde para a população atendida na UAPS?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A36)

A35. Com que frequência você indicou banhos e águas minerais para cuidado de saúde para a população atendida na UAPS nos últimos SEIS MESES?
0 Nenhuma
1 Uma vez
2 Duas Vezes
3 Três Vezes
4 Quatro Vezes
5 Cinco Vezes
6 Seis ou mais Vezes

A36. Você concordaria com a implantação de banhos e águas minerais para cuidado de saúde nessa UAPS?
1 Sim
2 Não A36.1 Por que? _____

A37. Você conhece Medicina Antroposófica?
1 Sim
2 Não (Pule para a questão A46)

A38. Como você ficou conhecendo Medicina Antroposófica?
1 Aprendeu por conta própria ou com Familiar
2 Fez curso A38.1 Qual _____

A39.Você já usou Medicina Antroposófica para tratamento próprio?
--

- | |
|---------------------------------|
| 1 Sim |
| 2 Não (Pule para a questão A41) |

A40. Com que frequência você usou Medicina Antroposófica nos últimos SEIS MESES?
--

- | |
|----------------------|
| 0 Nenhuma |
| 1 Uma vez |
| 2 Duas Vezes |
| 3 Três Vezes |
| 4 Quatro Vezes |
| 5 Cinco Vezes |
| 6 Seis ou mais Vezes |

A41. Você já indicou Medicina Antroposófica para tratamento de um familiar ou amigo?
--

- | |
|---------------------------------|
| 1 Sim |
| 2 Não (Pule para a questão A43) |

A42. Com que frequência você indicou Medicina Antroposófica para tratamento de um familiar ou amigo nos últimos SEIS MESES?

- | |
|----------------------|
| 0 Nenhuma |
| 1 Uma vez |
| 2 Duas Vezes |
| 3 Três Vezes |
| 4 Quatro Vezes |
| 5 Cinco Vezes |
| 6 Seis ou mais Vezes |

A43. Você já indicou Medicina Antroposófica para tratamento para a população atendida na UAPS?
--

- | |
|---------------------------------|
| 1 Sim |
| 2 Não (Pule para a questão A45) |

A44. Com que frequência você indicou Medicina Antroposófica para tratamento para a população atendida na UAPS nos últimos SEIS MESES?

- | |
|----------------------|
| 0 Nenhuma |
| 1 Uma vez |
| 2 Duas Vezes |
| 3 Três Vezes |
| 4 Quatro Vezes |
| 5 Cinco Vezes |
| 6 Seis ou mais Vezes |

A45. Você concordaria com a implantação de Medicina Antroposófica nessa UAPS?

- | |
|----------------------------|
| 1 Sim |
| 2 Não A45.1 Por que? _____ |

A46. Você conhece outra forma de cuidado com a saúde que não foi citado?
--

- | |
|------------------------------|
| 1 Sim A46.1 Qual (is)? _____ |
| 2 Não |

A47. Há oferta de alguma dessas práticas que nós conversamos na comunidade onde você trabalha?
--

- | |
|-------------------------|
| 1 Sim A47.1 Quais _____ |
| 2 Não |
| 3 Não Sei |

A48. Sobre quais práticas você gostaria de aprender/aprofundar? (Mais de uma opção poderá ser marcada)

0 Nenhuma

1 Homeopatia

2 Fitoterapia

3 Medicina Antroposófica

4 Termalismo-Crenoterapia (uso de banhos termais e águas minerais)

5 Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura

6 Outra_____

BLOCO B

As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos

1. Em que dia/mês/ano você nasceu? ____ / ____ / ____

B2.1 Em que município você nasceu? _____

B2.2 Em que Estado você nasceu? _____

B2.3. Em que país você nasceu? _____

B3. O Censo do IBGE usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

1 Preta

2 Parda

3 Branca

4 Amarela

Indígena

B4. Qual seu estado civil?

1 Casado(a) ou vive em união

2 Separado(a), ou divorciado(a)

3 Viúvo(a)

4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

B5. Qual o seu sexo?

1 Masculino

2 Feminino

B6. Qual a sua escolaridade?

1º grau completo

2º grau incompleto

2º grau completo

Universitário Incompleto

Universitário Completo

Pós -graduação

B7. Qual a sua formação profissional?

1 Agente Comunitário de Saúde

2 Técnico de Enfermagem

3 Enfermeiro

4 Médico

5 Assistente Social

6 Dentista

7 Outro _____

B8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

- 1 Católico
- 2 Evangélico
- 3 Espírita
- 4 Testemunha de Jeová
- 5 Muçulmano
- 6 Budista
- 7 Candomblé
- 8 Não tenho religião
- 9 Outra

B8.1. Qual? _____

B9. Quantos filhos você tem? _____

B10. Você mora em Santos Dumont?

- 1 Sim B10.1 Há quanto tempo? _____
- 2 Não B10.2 Em qual município você reside? _____

B11. A residência onde você mora é?

- 1 Própria já pago
- 2 Própria ainda pagando
- 3 Alugada
- 4 Cedida

Outra condição B11.1 Qual? _____

B12. Quantas pessoas moram com você? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

- 1 Mora sozinho (a)
- 2 De 1 a 3 pessoas
- 3 De 4 a 6 pessoas
- 4 De 7 a 9 pessoas
- 10 ou mais pessoas

B13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 Eu mesmo (a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa B13.1 Quem? _____

B14. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

- 1 Não frequentou escola
- 2 1º grau incompleto
- 3 1º grau completo
- 4 2º grau incompleto
- 5 2º grau completo
- 6 Universitário incompleto
- 7 Universitário Completo
- 8 Pós-graduação

B15. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

- 1 Sim, uma
- 2 Sim, mais de uma
- 3 Não

B16. Em relação aos bens abaixo, qual a quantidade existente em sua residência? Coloque 0 para itens inexistentes

B16.1. Televisão:	B16.8. Lava-Louças
B16.2. Rádio (não considerar rádio de automóvel):	B16.9. Microondas
B16.3. Máquina de lavar roupa:	B16.10. Motocicleta
B16.4. Videocassete ou DVD ou Blueray	B16.11. Secador de Roupa
B16.5. Geladeira	B16.12. Banheiros
B16.6. Freezer	B16.13. Automóveis
B16.7. Microcomputador	

B17. **No mês passado** qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

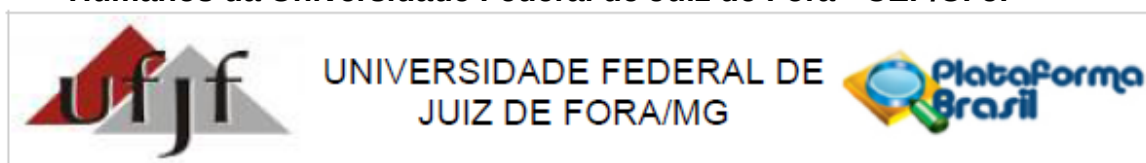
- 1 Até 1 salário mínimo
- 2 Entre 1 e 2 salários mínimos
- 3 Entre 2 e 3 salários mínimos
- 4 Entre 3 e 4 salários mínimos
- 5 Entre 4 e 5 salários mínimos
- 6 Entre 5 e 6 salários mínimos
- 7 Entre 6 e 7 salários mínimos
- 8 Entre 7 e 8 salários mínimos
- 9 Entre 8 e 9 salários mínimos
- 10 Entre 9 e 10 salários mínimos
- 11 Mais de 10 salários mínimos

B18. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____ pessoas

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO

Anexo 1
Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora - CEP/UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "A Percepção dos Profissionais da Atenção Primária a Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares".

Pesquisador: Rosangela maria Greco

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19768713.7.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.150.138

Data da Relatoria: 27/08/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.150.138

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto solicitando mudança do município a ser pesquisado, as adequações do instrumento a ser utilizado e o cronograma (sugeridas de forma adequada), está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Fevereiro de 2016.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 15 de Julho de 2015

Assinado por:

Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 38.038-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo 2

Termo de sigilo e confidencialidade assinado pelas pesquisadoras de campo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA



TERMO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

Pelo _____ presente _____ Termo,

_____, (nome, CPF e RG) da _____ da Universidade Federal de Juiz de Fora, se obriga a manter o mais absoluto sigilo com relação a toda e qualquer informação a que tiver acesso sobre a pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde - condições de trabalho e de vida” desenvolvida no âmbito dessa Universidade. Para tanto, declara e se compromete:

- 1) A manter sigilo, tanto escrito quanto verbal, ou, por qualquer outra forma de todos os dados, informações científicas e técnicas e, sobre todos os materiais obtidos com sua participação, podendo incluir mas não se limitando a: técnicas, desenhos, cópias, diagramas, fórmulas, modelos, amostras, fluxogramas, croquis, fotografias, plantas, programas de computador, discos, disquetes, processos, projetos, dentre outros;
- 2) A não revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento, em hipótese alguma a terceiros de dados, informações científicas ou materiais obtidos com sua participação, sem a prévia análise da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre a possibilidade de proteção nos órgãos especializados dos resultados ou tecnologia envolvendo aquela informação;
- 3) A não tomar, sem autorização da Universidade Federal de Juiz de Fora, qualquer medida com vistas a obter para si ou para terceiros, os direitos de propriedade intelectual relativos às informações sigilosas a que tenha acesso;
- 4) Que todos os documentos contendo dados e informações relativas a pesquisa são de propriedade do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora;
- 5) Que todos os materiais pertencem ao Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora;

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____

(Nome do Aluno)

(Endereço)

(CPF)

Assinatura do Pesquisador

Anexo 3
Autorização para coleta de dados no município de Santos Dumont



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS=DUMONT
" Terra do Pai da Aviação "

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Declaro minha anuência para os solicitantes procederem à coleta de dados e divulgação dos resultados para a pesquisa provisoriamente intitulada "A percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Práticas Integrativas e Complementares", que tem como coordenadora a Profª Drª Rosângela Maria Greco da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – FACENF/UFJF.

Estou ciente dos objetivos da pesquisa bem como dos procedimentos e meios para sua realização, tendo garantia do sigilo e anonimato e também da não ocorrência de qualquer prejuízo ou dano à Instituição ou aos sujeitos da pesquisa.

Juiz de Fora, 12 de junho 2015.

Thais G. Moreira Bittar
Diretora Secret. Mun. de Saúde
Santos Dumont-MG

Thais Gomes Pereira Bittar
Secretária de Saúde
Prefeitura Municipal de Santos Dumont

Praça Cesário Alvim, 02 - Centro - SANTOS DUMONT - MG
FAX (32) 3252- 7405 PABX (32) 3252- 7400