



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**UM ESTUDO DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Mariluz Oliveira Heberlê

Santa Maria.

2013

**UM ESTUDO DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES EM SAÚDE**

Mariluz Oliveira Heberlê

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção de grau de **Mestre em Ciências Sociais**

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Newlands Borges

Santa Maria.

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Heberlê, Mariluzia Oliveira

Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde / Mariluzia Oliveira Heberlê.-2013.

102 p. ; 30cm

Orientadora: Zulmira Newlands Borges

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, RS, 2013

1. Práticas integrativas 2. Práticas complementares
3. Saúde 4. Profissionais de saúde. I. Borges, Zulmira Newlands II. Título.

© 2013

Todos os direitos autorais reservados a Mariluzia Oliveira Heberlê. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail:malu.heberle@terra.com.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**A comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Dissertação de Mestrado**

**UM ESTUDO DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
EM SAÚDE**

Elaborado por
Mariluz Oliveira Heberlê

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências Sociais

COMISSÃO EXAMINADORA:

Zulmira Newlands Borges, Dra. (UFSM) Presidente/Orientadora

Daniela Riva Knauth, Dra. (UFRGS)

Fatima Cristina Vieira Perurena, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 26 de abril de 2013.

Aos doentes do corpo e da alma, para que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde se tornem acessíveis a todos, independentemente de suas classes sociais e que seja um doce lenitivo para os seus sofrimentos.

AGRADECIMENTOS

Após este trajeto de pesquisa o que sinto é gratidão por esta oportunidade, e muitos são os agradecimentos.

A Deus, que permitiu que minha saúde estivesse adequada para realizar esta caminhada.

À minha saudosa mãe Lia, que sempre me incentivou ao estudo e à busca de conhecimentos.

Ao meu saudoso avô paterno João, que me ensinou o caminho da retidão e da justiça.

À saudosa tia e madrinha Velocina, que desde cedo incentivou em mim o hábito pela leitura.

Às minhas adoradas filhas Mariana e Amanda, que aguentaram meu mau humor, quando o acúmulo de tarefas me deixava irritada.

Ao Curso de Ciências Sociais da UFSM, que me acolheu, mesmo eu não sendo da área.

À 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, meu sincero agradecimento por ter sido liberada parcialmente para a realização do mestrado.

À Profa. Fatima Perurena, cujas dicas sobre o tema pesquisado muito contribuíram para a construção do texto.

À amiga Gisela, que me incentivou a realizar o mestrado, com considerações iniciais muito importantes para o projeto de pesquisa.

À Marilene Dotto, que, como um anjo, me ajudou no projeto e na pesquisa em momentos difíceis.

Aos professores do Grupo de Estudos Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (GEPACS), pelas críticas construtivas, conhecimento técnico e apoio recebido.

Aos professores do mestrado em Ciências Sociais, que ajudaram na construção de um referencial teórico, permitindo a construção de uma análise crítica.

Aos professores da disciplina de Projeto de Pesquisa em Ciências Sociais, que muito ajudaram na parte metodológica e prática da pesquisa.

À colega Márcia, por seu carinho e sua dedicação e pela carinhosa acolhida de sua família.

Aos colegas do mestrado, meu agradecimento pela convivência alegre, jovial e divertida que tivemos.

Aos meus entrevistados, meu mais sincero e devotado agradecimento; sem suas participações nada teria acontecido.

À minha abnegada orientadora Profa. Zulmira Borges, um agradecimento especial pela disposição, disponibilidade e orientação neste trabalho de pesquisa, mesmo que em alguns aspectos não tenha ficado como ela gostaria. Eu só posso dizer muito obrigada!

*Não acrediteis em coisa alguma
Pelo fato de vos mostrarem o testemunho escrito
De algum sábio antigo;
Não acrediteis em coisa alguma
Com base na autoridade de mestres e sacerdotes;
Aquilo, porém, que se enquadrar na vossa razão,
E depois de minucioso estudo
For confirmado pela vossa experiência,
Conduzindo ao vosso próprio bem
E ao de todas as outras coisas vivas;
A isso aceitai como verdade;
Por isso, pautai vossa conduta!*

Sakyamuni (Buda)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
Universidade Federal de Santa Maria

UM ESTUDO DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Autora: Mariluz Oliveira Heberlê
Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Newlands Borges
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 26 de abril de 2013

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde propõem um modelo efetivo de atenção integral à saúde, que passe a privilegiar a atenção básica e adote a promoção da saúde como seu eixo estruturante. O uso das práticas integrativas tem aumentado nos últimos anos. O estudo se justifica em função do desconhecimento apresentado pelas equipes de saúde sobre o tema e da importância que poderá acarretar para a Atenção Básica de Saúde. O presente estudo pretende responder à questão: Qual é a concepção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde? Como aporte teórico referencial, foram utilizados principalmente Pierre Bourdieu, François Laplantine, Madel Luz, Nelson Filice de Barros e Charles Tesser, entre outros. A metodologia foi uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas e observação participante. Para análise dos resultados, foi utilizada a análise de conteúdo de Laurence Bardin. A proposta se insere na linha de pesquisa Gênero, Corpo e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFSM, no tema Saúde.

Palavras-chave: Práticas integrativas. Práticas complementares. Saúde. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Dissertation of Master Degree
Program of Post-Graduation in Social Sciences
Universidade Federal de Santa Maria

A STUDY OF THE CONCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT THE INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY HEALTH PRACTICES

Author: Mariluz Oliveira Heberlê
Adviser: Profa. Dra. Zulmira Newlands Borges
Date and place of defense: Santa Maria, april 26th, 2013

The Integrative and Complementary Health Practices propose an effective model of health integral care that privileges the basic health and adopts the promotion of health as its structural axis. The use of integrative practices has increased over the past few years. The study is justified in the lack of knowledge shown by the health teams about the theme and in the importance that it can bring about to the Basic Health Care. The present study intends to answer the question: What's the conception about the Integrative and Complementary Health Practices to the professionals that work in Basic Health Units? As bibliographic references were used mainly Pierre Bourdieu, François Laplantine, Madel T. Luz, Nelson Filice de Barros and Charles Tesser, among others. The methodology was a qualitative approach, using semi-structured interviews and participant observation. To analyze the results, it was used the content analysis of Laurence Bardin. The proposal is inserted in the Gender, Body and Health Line of Research, of the UFSM Postgraduate Social Science Program, in the theme Health.

Keywords: Integrative practices. Complementary practices. Health. Health professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.....	28
Quadro 2 – Arcabouço legal das PICS.....	31
Figura 1 – Foto de satélite do município de Santa Maria	43
Tabela 1 – Formação profissional dos sujeitos da pesquisa	54

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas com profissionais de saúde.....	95
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	97
APÊNDICE C – Termo de confidencialidade.....	99

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação da Secretaria Municipal de Saúde	100
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.....	101

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 APRESENTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	19
2.1 Revisão de literatura e fundamentação teórica das PICS.....	20
2.2 O que são práticas integrativas e complementares em saúde – conceitos e classificações	21
2.3 As práticas integrativas e complementares – ressurgimento.....	25
2.4 Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS	27
2.5 Política estadual de práticas integrativas e complementares no Rio Grande do Sul	32
3 CAMINHO METODOLÓGICO	33
3.1 A escolha do método	33
3.2 Inserção no campo.....	34
3.3 Técnicas de coleta de dados.....	36
3.4 Diário de campo	38
3.5 Questões éticas.....	39
3.6 Análise dos resultados	40
4 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO E DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	43
4.1 Descrição das unidades básicas de saúde.....	44
4.1.1 Unidade Básica de Saúde A.....	45
4.1.2 Unidade Básica de Saúde B.....	46
4.1.3 Unidade Básica de Saúde C	48
4.1.4 Unidade Básica de Saúde D	50
4.2 AS Práticas integrativas e complementares nas UBS	51
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	52
4.3.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	53
5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	56
5.1 Sobre as entrevistas	56
5.2 Início das entrevistas.....	56
5.3 Identificação dos entrevistados.....	58
5.4 Doenças na infância e seus tratamentos	60
5.5 Conhecimento sobre as PICS	62
5.6 O que são as PICS.....	63
5.7 O que os pacientes narram aos profissionais de saúde que procuram antes da UBS	64
5.8 Doenças graves e o que foi procurado junto à medicina oficial.....	66
5.8.1 Tratamentos espirituais	66
5.8.2 Tratamento com homeopatia, acupuntura e fitoterapia	68
5.8.3 Tratamento nas igrejas.....	69
5.8.4 Tratamento com plantas e medicina natural.....	69
5.8.5 Tratamento com simpatias e outros métodos não convencionais	69

5.9	Uso das PICS no sistema público de saúde	71
5.10	Ato médico e as PICS.....	73
6	A BUSCA POR TRATAMENTOS INTEGRATIVOS	75
6.1	Medicalização social	75
6.2	Religiosidade e saúde.....	77
6.3	Perda da tradição oral e mídia	79
6.4	Relação médico-paciente como fator de cura	80
6.5	Integralidade	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE.....	95

APRESENTAÇÃO

Este estudo sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) está organizado em sete capítulos que representam a própria trajetória da pesquisa, isto é, os passos que foram seguidos para a obtenção dos resultados. Os capítulos seguem uma linha lógica, desde a apresentação conceitual, a metodologia, a descrição do cenário da pesquisa, a análise, até os resultados da pesquisa e as considerações finais.

Após a introdução, no capítulo 2 apresento as PICS, bem como alguns conceitos, classificações, o arcabouço legal de construção da política nacional e a discussão de termos empregados sobre elas. Considero importante descrever com mais detalhes a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), para visualizar como foi idealizada pelo governo, pois é parte deste trabalho analisar a distância entre as concepções dos profissionais de saúde (êmicas¹) e as concepções presentes no texto da política.

O capítulo 3 refere-se ao método utilizado, ao referencial teórico-metodológico, à escolha dos instrumentos de pesquisa, à inserção no campo e às questões éticas da pesquisa.

O capítulo 4 trata da caracterização da comunidade, dos sujeitos envolvidos na pesquisa e da existência ou não das Práticas Integrativas e Complementares nesses locais de pesquisa.

No capítulo 5, apresento os dados coletados junto aos profissionais de saúde, bem como uma análise desse material através do diálogo com o referencial teórico.

No sexto capítulo, apresento os conceitos que surgiram a partir da análise das entrevistas, sendo considerado o resultado da pesquisa, que é completada pelo capítulo de considerações finais.

Todo texto é um recorte da realidade e, portanto, o produto final é um pequeno fragmento da realidade vivenciada. A realidade é bem mais densa e complexa e sempre se perde algo quando traduzimos o que foi observado, sentido, experienciado, ouvido e vivido para a escrita... Quanto mais tempo, conhecimento,

¹ No sentido mais simples, uma perspectiva “êmica” dos dados culturais e sociais é aquela que busca padrões, temas e regularidades como eles são percebidos pelas pessoas que vivem na comunidade. (Angrosino, 2009).

opiniões e críticas se manifestam, mais o texto cresce em um 'sem fim' de possibilidades.

1 INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) propõem um modelo efetivo de atenção integral à saúde, que passe a privilegiar a atenção básica e adote a promoção da saúde como seu eixo estruturante. As práticas compreendem o universo de abordagens que a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa – MT/MCA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

As PICS sempre fizeram parte de minha trajetória profissional, durante o tempo que atuei como pediatra e homeopata, quando buscava tratamentos mais integrais. Atualmente, atuo na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (órgão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul) – onde estamos trabalhando em nível estadual para a elaboração da Política de Práticas Integrativas e Complementares – e também como docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, no qual ministro algumas aulas sobre o assunto.

Tal objeto de pesquisa tomou forma devido aos meus anseios em analisar as várias facetas do tema, principalmente na região de Santa Maria/RS, onde estão se desenvolvendo poucos estudos sobre o assunto.

Acredito que ocorra uma distorção e até uma desvalorização por parte de alguns profissionais e de usuários em geral, atribuindo um caráter não científico às práticas, valorizando a medicina oficial como a única cientificamente aceitável. Minha hipótese é: **Os profissionais de saúde não conhecem as Práticas Integrativas e Complementares com este nome e oferecem resistência à implantação de qualquer terapêutica que não seja a convencional/oficial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Santa Maria.** Contudo, como mostra S. Thiago (2009) na sua dissertação de mestrado, os profissionais de saúde desconhecem as terapias e práticas complementares, apesar do interesse em conhecê-las e de aprovarem sua inclusão nos serviços de saúde.

Portanto o estudo se justifica em função do desconhecimento apresentado pelas equipes de saúde sobre o tema e a falta de estudos comparativos, conforme salienta Tesser (2010). O presente estudo pretende responder à questão: **Qual é a**

concepção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os profissionais de Unidades Básicas de Saúde de Santa Maria?

Pretendo também com este trabalho atingir os seguintes objetivos:

- Identificar o conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre práticas integrativas e complementares em saúde;
- Compreender o significado que as práticas representam para os trabalhadores de saúde em seus aspectos sociais, econômicos, emocionais, profissionais etc.;
- Avaliar se os trabalhadores de saúde julgam relevante a implantação dessas práticas no cotidiano de trabalho;
- Identificar a percepção dos trabalhadores em saúde sobre o uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelos usuários do sistema de saúde.

Este trabalho investigativo realizou-se através de pesquisa qualitativa, que objetiva a interpretação dos dados coletados. Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa em saúde trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

A população-alvo são os trabalhadores de saúde de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), situadas no município de Santa Maria/RS. Os sujeitos da pesquisa são alguns dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde dessas UBS. A escolha das instituições significa apenas o local onde se encontrarão os sujeitos de estudo, mas isso não será necessariamente o principal foco de análise da pesquisa.

As técnicas para a coleta de dados, consideradas adequadas aos objetivos e às questões de pesquisa, são entrevistas semiestruturadas e a observação participante. De acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), as entrevistas na pesquisa qualitativa podem ser de vários tipos, constituindo um espectro que vai desde uma conversa informal até um questionário padronizado.

O estudo da concepção das PICS irá colaborar para a divulgação, o conhecimento e a implementação de tais práticas nas unidades de saúde. Também poderá contribuir para comparação com outros estudos que estão sendo realizados no Brasil, tanto na área da Saúde Coletiva, como das Ciências Sociais.

2 APRESENTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde propõem um modelo efetivo de atenção integral à saúde, que passe a privilegiar a atenção básica, e adota a promoção da saúde como seu eixo estruturante. As práticas compreendem o universo de abordagens que a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa – MT/MCA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi aprovada em 2006 no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008), tendo destaque para a acupuntura², a homeopatia³, as plantas medicinais/fitoterapia⁴, o termalismo/crenoterapia⁵ e a medicina antroposófica⁶. A referida política foi publicada na forma das portarias nº 971, em 3 de maio de 2006, e nº 1.600, em 17 de julho de 2006.

Segundo Tesser (2010), a crescente demanda por medicinas e terapias complementares e sua progressiva aceitação por profissionais de saúde é fato relativamente recente, porém ainda ocorre um desconhecimento por grande número de profissionais. O reconhecimento social, acadêmico e institucional dessas terapias reforça o consenso de que a biomedicina⁷ convive com outras formas de cuidado em um contexto cultural caracterizado pelo pluralismo terapêutico ou nos cuidados de saúde, embora preserve sua hegemonia num ambiente cada vez mais medicalizado.

² A acupuntura é uma prática integrativa de intervenção na saúde, com base na medicina tradicional chinesa, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-adoecimento, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos (BRASIL, 2008).

³ A homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII (ibidem).

⁴ A fitoterapia é uma “terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas (ibidem).

⁵ O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde (ibidem).

⁶ A medicina e as terapias antroposóficas constituem uma racionalidade terapêutica, de base vitalista, com uma visão da integralidade do ser humano, ao considerá-lo na sua complexidade física, valorizando sua vida psíquica e sua individualidade: corpo, alma e espírito (ibidem).

⁷ Biomedicina: nome dado à medicina oficial pelas Ciências Sociais.

2.1 Revisão de literatura e fundamentação teórica das PICS

A revisão da literatura acompanha a elaboração da pesquisa em toda sua extensão. O texto está sempre em movimento, pois a cada dia que o conhecimento se expande no universo do pesquisador, novas formas e interpretações são elaboradas.

Primeiramente, realizei uma busca manual na revista 'Ciência & Saúde Coletiva'. Editada pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a revista é um periódico bimestral que tem como objetivo precípua veicular artigos sobre resultados de pesquisa, debates e revisões sistemáticas na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva. Sua publicação iniciou-se em 1996 em versão impressa e, em 1999 estendeu-se à publicação *on-line*. A revista é temática e possui publicações que se referem a debates, análises e resultados de investigações sobre temas determinados que sejam considerados relevantes para a área da Saúde Coletiva no Brasil e no mundo.

Foram analisadas manualmente todas as revistas de 2007 a 2011 em busca de assuntos que se referissem a Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), totalizando 43 edições. Foram encontrados temas relacionados às PICS em 15 revistas.

Também foram feitas as buscas no arquivo pessoal e a participação em eventos das áreas das Ciências Sociais e Saúde Coletiva. A busca no portal de Periódicos da Capes complementou as buscas sobre o assunto.

A fundamentação teórica encontrou principalmente em Pierre Bourdieu uma contribuição tanto no suporte de fundo como nos próprios conceitos para análise dos resultados da pesquisa, passando a fazer parte das leituras diárias. Entre os conceitos de Bourdieu o que mais ajudou na análise dos dados, foi o conceito de *campo*.

Vários autores das Ciências Sociais também serviram de luz para esta caminhada, cujos estudos serviram para a formação do texto. O termo *integralidade* foi enriquecido pelos estudos de Nelson Filice de Barros; *medicalização social*, principalmente pelas contribuições de Charles Tesser; Madel Luz com o estudo das *racionalidades médicas*; François Laplantine ajudou na interpretação dos dados

referente à caracterização dos sujeitos da pesquisa; e Paulo Henrique Martins com a explicação do *simbolismo* de uma consulta em saúde.

2.2 O que são práticas integrativas e complementares em saúde – conceitos e classificações

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos (LUZ, 2007a) e recursos terapêuticos, os quais envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde. Esse estímulo ocorre 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. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens desse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

A partir da década de 1980, principalmente após a criação do SUS, ocorreu no Brasil o início da legitimação e da institucionalização de abordagens terapêuticas denominadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como ‘medicina tradicional’ e ‘medicina complementar/alternativa’ (MT/MCA). No Brasil, embora haja várias denominações para essas modalidades de tratamento e cura – como terapêuticas não convencionais, medicinas naturais, medicina alternativa, entre outras –, o Ministério da Saúde (MS) chamou-as de ‘Práticas Integrativas e Complementares em Saúde’ (PICS).

O grande problema para conceituar e classificar as Práticas Integrativas e Complementares é a grande variedade de nomenclaturas que apresentam em vários países e regiões e também as mudanças temporais que ocorrem com o nome. Isso dificulta a própria busca de dados, pois nenhuma das muitas nomenclaturas designa de uma maneira global o que são as práticas. Quase sempre é preciso explicar o seu significado, tanto para o meio científico quanto para o senso comum.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) as conceitua como

[...] práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias

espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 7).

Para o Centro Nacional de Medicinas Alternativas e Complementares do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (National Center of Complementary and Alternative Medicine – NCCAM), as medicinas alternativas (MACs) são definidas como um grupo de diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde que não estão presentes na medicina convencional. O NCCAM é um centro de pesquisas importante mundialmente e se dedica a explorar práticas de cura complementares e alternativas no contexto da ciência rigorosa, formar pesquisadores na medicina complementar e alternativa (CAM), e divulgar informações fidedignas ao público e a profissionais.

O NCCAM organiza esse grupo em: sistemas médicos alternativos (medicina ayurvédica, homeopatia, medicina tradicional chinesa); intervenções mente-corpo (meditações, orações, terapia cognitivo-comportamental etc.); terapias biológicas (baseadas em produtos naturais, ervas etc., não reconhecidas cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios etc.); e terapias energéticas (reiki, chi gong etc.).

Para o NCCAM, o termo ‘complementar’ significa que a prática é utilizada concomitante com a medicina convencional⁸; o termo ‘alternativo’ aponta que, na prática, é utilizada em substituição à medicina convencional; o termo ‘integrativo’ significa que a prática combina a terapia médica convencional com métodos complementares e/ou alternativos e, que existe alguma evidência científica de alta qualidade quanto à segurança e à efetividade. Esta também chamada de medicina ‘integrada’.

Segundo Tesser (2010), essa classificação é recente e se origina do grande interesse e investimento em pesquisas médicas e epidemiológicas pelas instituições, universidades e governos do primeiro mundo. Mas, segundo ele, os antropólogos foram os que mais estudaram as diversas formas de cuidado da saúde. Ele cita Kleinman (1980), pesquisador da antropologia norte-americana, que propôs a divisão do cuidado em saúde em três setores: o ‘profissionalizado’, incluindo a biomedicina e outras medicinas já profissionalizadas; o ‘setor popular ou familiar’,

⁸ Também chamada de ocidental ou medicina alopática. É a medicina praticada por detentores de título de MD (*Medicinae Doctor*).

abrangendo as práticas caseiras e comunitárias, que são responsáveis pela maior parte dos cuidados em saúde em qualquer sociedade (HELMAN, 2003); e o 'setor *folk* ou informal', formado por curandeiros de vários tipos, distribuídos na sociedade.

Laplantine e Rabeyron (1989), antropólogos franceses, apesar de considerarem difícil uma classificação, devido à sua heterogeneidade, propõem uma divisão em quatro eixos bipolares: 1) legitimidade social (legais ou ilegais?); 2) dimensão tradicional (antigas ou modernas?); 3) constituição em *corpus* teórico (populares ou eruditas?); e 4) funcionalidade medicinal (diagnósticas ou terapêuticas?).

Tesser (2010) ainda faz referência a outro tipo de análise das Medicinas Alternativas e Complementares (MACs), extraído da epistemologia de Ludwik Fleck (1986). Sua importância se deve ao fato de ter sido precursor das ideias de Thomas Kuhn, físico e epistemólogo norte-americano que desenvolveu o conceito de 'paradigma' como central no desenvolvimento do conhecimento científico. Fleck mostra que existem 'estilos de pensamento', nos quais o fato científico é compreendido, ligados às concepções de observação e experiência. O autor determina a disposição para percebê-lo como um estilo de pensamento e as ideias compartilhadas por um determinado grupo como 'coletivo de pensamento'. Na estrutura geral do pensamento coletivo, Fleck distingue os círculos 'esotéricos' e 'exotéricos'. O 'esotérico' seria formado por especialistas, o intermediário pelos reprodutores e praticantes desse saber, e o 'exotérico' pelos leigos que são portadores do conhecimento popular e que utilizam técnicas e saberes dos anteriores. Pode-se dizer que, nas medicinas, os doentes são os círculos exotéricos; os clínicos ou curadores são os intermediários; e os cientistas são os esotéricos.

No Brasil, segundo Metcalf, Berger e Negri Filho (2004), a atenção à saúde possui três dimensões bem definidas: o sistema 'formal' da medicina (sistema oficial ou biomedicina); o sistema 'informal' da medicina popular, tradicional; e as medicinas 'alternativas' e 'complementares'. No nível da atenção primária em saúde, a presença da medicina informal ou popular se torna importante, pois muitas vezes é o primeiro acesso que as pessoas dispõem para tratar suas doenças mais simples. As terapias complementares são procuradas por pessoas insatisfeitas com a medicina formal (ibidem).

O projeto Racionalidades Médicas, sob a coordenação da Profa. Madel T. Luz desenvolveu-se no campo da Saúde Coletiva (IMS/UERJ), propondo a comparação

de sistemas médicos complexos: medicinas homeopáticas, tradicional chinesa, ayurvédica, ocidental contemporânea ou também denominada biomedicina e mais recentemente a medicina antroposófica (estudos comparativos ainda em construção pelo grupo da Profa. Luz). A hipótese central é que existe mais de uma racionalidade médica, contrariando o senso comum ocidental que admite somente a biomedicina como portadora de cientificidade. Com base nesses estudos, foi possível demonstrar que existem distintas racionalidades médicas na cultural atual (TESSER, 2010).

A medicina oficial é reconhecida como totalitária nos seus domínios, tendo um reconhecimento singelo no que se refere às outras racionalidades médicas, considerando-as não científicas. Então essas práticas ficam à margem da sociedade. Essa marginalidade tem origem num círculo vicioso secular, pois, como essas práticas parecem não ser 'científicas', não entram na universidade, e por isso mesmo não são consideradas 'científicas' (LUZ, 2007b).

A contribuição do conceito de racionalidade e os estudos comparativos entre diferentes racionalidades médicas constituem uma ferramenta importante de pesquisa e compreensão para o campo da Saúde Coletiva, Antropologia e Sociologia da Saúde. A carência de estudos desse tema na área da saúde acabou elegendo as Ciências Sociais e Humanas como importante referencial teórico.

Tesser faz referência à importância desses desenvolvimentos teóricos para o estudo das Medicinas Alternativas e Complementares (MACs), dizendo que

[...] a perspectiva de compreendê-las com base na sua própria visão, entendimento, valores, práticas e compreensão do que é o homem, sua saúde, seu adoecimento e restabelecimento, e não apenas julgando-as de acordo com teorias e métodos vigentes na biociência ou biomedicina. (TESSER, 2010, p. 18).

Ao realizar essa busca sobre a terminologia utilizada em várias regiões sobre o assunto, pude observar a dificuldade de encontrar dados devido a não uniformidade do termo mundialmente. Assim, usarei o termo Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), o qual foi adotado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Brasil. Todavia, sei que esse termo, como relatado anteriormente, produz um distanciamento de conhecimento da população.

Um nome não é apenas um nome, certamente sua escolha vem cercada de significados, interesses e expectativas de quem os criou. Como explica Bourdieu, na

verdade, a lógica da linguagem não está nela mesma, mas vem de fora. As manifestações linguísticas obedecem a um poder exterior a ela que é revestido de autoridade (BOURDIEU, 1996).

2.3 As práticas integrativas e complementares – ressurgimento

A Organização Mundial da Saúde é a autoridade para dirigir e coordenar a saúde dentro do sistema das Nações Unidas. Ela é responsável pela liderança em assuntos de saúde global, moldando a agenda de pesquisa em saúde, estabelecendo normas e padrões, articulando opções políticas baseadas em evidências, fornecendo apoio técnico aos países e acompanhando e avaliando as tendências de saúde. No século XXI, a saúde é uma responsabilidade partilhada, envolvendo o acesso equitativo aos cuidados essenciais e a defesa coletiva contra as ameaças transnacionais.

No final da década de 1970, a OMS criou o programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas nessa área. Em 2002, lançou o documento 'Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005', que reafirma o compromisso em incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA⁹ nos sistemas nacionais de atenção à saúde e também em estudos científicos para aprimorar o conhecimento sobre sua eficácia, segurança e qualidade.

Segundo Barros (2012), a justificativa para a produção desse documento pela OMS se deve em primeiro lugar à constatação de que o uso de práticas não biomédicas atinge até 80% da população em países africanos e até 70% e 75% no Canadá e na França, respectivamente. Assim, a OMS propõe que se use para as populações da África o termo MT e para populações da Europa, da América do Norte e da Austrália, o MCA.

A medicina tradicional abrange uma variedade de terapias e práticas que variam entre regiões e países. Em alguns países, é chamada de 'alternativa' ou 'complementar'. A medicina tradicional é usada há milhares de anos, contribuindo

⁹ MT/MCA – medicina tradicional/medicina complementar alternativa.

para a saúde humana, principalmente na atenção primária à comunidade. Na década de 1990, ocorreu um ressurgimento dessas práticas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo Martins (2003), isso aconteceu devido às novas exigências e aos desafios de vida, frutos da industrialização que gerou novas necessidades nos usuários da saúde. Estes se mostraram insatisfeitos com a medicina mercantilista, cujo valor básico é o interesse e o lucro. Desse modo, as medicinas humanistas, dentre as quais as terapias alternativas fazem parte, ressurgem para suprir essas lacunas deixadas pela biomedicina.

A emergência das medicinas tradicionais e alternativas, a partir dos anos 1980, se deve a vários fatores, mas principalmente, em termos gerais, ao movimento de contracultura no final dos anos 1960 e à orientalização do ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde. Segundo Campbell (2007), ocorre atualmente no ocidente uma alternância histórica da teodiceia ocidental para a oriental. A orientalização do ocidente consiste no processo pelo qual a concepção de divino tradicionalmente ocidental e suas relações com a humanidade e o mundo é substituída por aquela que tem predominado por longo tempo no oriente.

Luz (2007a) lança duas hipóteses interpretativas sobre a emergência das PICS. A primeira refere-se a uma dupla crise no final do milênio, denominada pela autora 'crise da saúde e crise da medicina'; a segunda hipótese, suplementar, trata da própria racionalidade biomédica como um dos elementos básicos explicativos dessa dupla crise e a fuga dos pacientes, em busca de outras racionalidades terapêuticas que priorizem em seu modelo o sujeito doente e seu cuidado.

Ainda segundo Luz (ibidem), a crise da saúde tem efeito no crescimento das desigualdades sociais no mundo, devido a uma economia capitalista globalizada. Na América Latina, um quadro de desigualdade social profunda, com uma grande concentração de renda, causa problemas graves de natureza sanitária, tais como desnutrição, violência, doenças infectocontagiosas, doenças crônico-degenerativas e o ressurgimento de doenças antigas como a tuberculose, a hanseníase e a sífilis, e também as novas epidemias, como a aids.

A crise da medicina, conforme Luz (ibidem), ocorre em diferentes planos, tais como: 'plano ético', no qual há uma deteriorização da relação médico-paciente, devido a uma objetivação do paciente e à mercantilização das relações; 'plano da eficácia institucional médica', com a perda do papel milenar terapêutico em prol do

diagnóstico; 'plano corporativo da profissão médica', dentro da categoria médica (especialidades) e fora da categoria (outras profissões); 'plano pedagógico', formação médica; 'plano da racionalidade médica' (paradigma biomédico), em que a pessoa doente deixou de ser o centro de seu objeto.

No 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC (BRASIL, 2009), na sua conferência de abertura, a médica chinesa Xiaouri Zhang, coordenadora do Departamento de Medicina Tradicional da OMS, relata que a compreensão do panorama mundial das PICS envolve diferenças entre a medicina ocidental típica e as PICS. Na medicina ocidental, o objetivo é combater os agentes das doenças, retornando às funções normais do corpo. Nas PICS e na medicina tradicional, a abordagem é holística, abrangendo aspectos físicos, emocionais, mentais e ambientais relativos ao paciente. Portanto o ato de curar pode ser visto como 'guerra' (medicina ocidental) ou 'harmonização' (PICS). Essa é a grande diferença entre os dois paradigmas.

O conceito de paradigma foi desenvolvido por Kuhn (1975, p. 13), que diz: “são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de ciência”.

Paim e Almeida Filho (2000) lembram que o paradigma mecanicista ou positivista representa o corpo como um mecanismo e os órgãos como peças, isto é, como sistemas com determinações fixas. O paradigma vitalista tem como aspecto teórico fundamental a ideia de que a 'energia' organiza a matéria, e não vice-versa, com ênfase no estado geral do doente e não mais na doença; numa perspectiva integradora e não organicista interpreta a doença como um desequilíbrio interno, e não como resultado de invasões de agentes patogênicos (QUEIROZ, 2006). Porém a superação do paradigma mecanicista não significa sua exclusão, mas sua transcendência. Possibilita a complementaridade entre os saberes, portanto absorver outras racionalidades médicas ou práticas integrativas ou complementares não significa negar a biomedicina, mas incluir suas contribuições.

2.4 Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS

Na apresentação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, o Ministério da Saúde salienta que a implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural. Essa política ajudará para se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública estadual e municipal no país, principalmente nas áreas medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia, como mostra o Quadro 1.

Principais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	
Medicina tradicional chinesa	Acupuntura Práticas corporais Práticas mentais Plantas medicinais Dietoterapia
Homeopatia	Princípio da semelhança Experimentação no homem sadio Ação de diluições infinitesimais Remédio único
Fitoterapia e plantas medicinais	Fitoterapia: plantas medicinais em diferentes formas farmacêuticas Plantas medicinais: espécie vegetal cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos
Medicina antroposófica	Medicamentos: homeopáticos, fitoterápicos, alopáticos e antroposóficos Terapêutica não medicamentosa: aplicações externas, banhos terapêuticos, massagens rítmicas e terapia artística Utiliza a transdisciplinaridade
Termalismo e crenoterapia	Termalismo: água mineral em tratamentos de saúde Crenoterapia: indicação do uso de águas minerais para fins terapêuticos, complementando os outros tratamentos

Quadro 1 – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Fonte: BRASIL, 2008

Essas experiências estão ocorrendo na rede pública de uma maneira desigual, devido à ausência de diretrizes específicas para a área, à falta de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação. Também precisa ser considerada a crescente legitimação dessas práticas pela sociedade em geral, sendo confirmadas através dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) estabelece as diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), as quais são: universalidade, equidade, controle social, descentralização e integralidade. A PNPIC atua nos campos de prevenção e promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, contribuindo assim para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. A PNPIC corrobora para

a integralidade da atenção à saúde, ao considerar o indivíduo na sua dimensão global, mas possuidor de uma singularidade, para explicar os processos de adoecimento e de saúde. A implantação ou implementação da PNPIC no SUS garante a possibilidade de acesso a serviços antes restritos ao modelo privado (BRASIL, 2008).

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos¹⁰ e recursos terapêuticos¹¹, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens iniciaram-se a partir da década de 1980, principalmente após a criação do SUS.

A institucionalização das PICS no sistema público foi seguida de eventos e documentos, alguns dos quais destacaremos a seguir, em ordem cronológica de acontecimentos:

- 1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS): considerada um marco para a oferta da PNPIC, deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 2008).
- 1996 – 10ª CNS: aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.
- 2000 – 11ª CNS: recomenda “incorporar na atenção básica: rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como Acupuntura e Homeopatia”.
- 2001 – 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.
- 2003 – 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica: seu relatório enfatiza o acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.
- 2003 – 12ª CNS delibera para a efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual PNPIC).

¹⁰ Sistemas médicos complexos são abordagens no campo das PICS que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutico (LUZ, 2007).

¹¹ Recursos terapêuticos são instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos (BRASIL, 2008).

- 2005 – Seminário ‘Águas Minerais do Brasil’: seu relatório constitui projeto piloto de termalismo social no SUS.
- 2006 – Publicação das portarias 853, 971 e 1.600.

No Quadro 2, descrevo os documentos que compõem a memória de construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, apresentado pela médica Carmem de Simoni, no 1º Fórum Racionalidades Médicas e PIC, realizado na cidade de Niterói/RJ em 2012.

Porém surgem reflexões sobre a PNPIC, principalmente em se tratando de sua composição multiprofissional, porque há dúvidas sobre como isso será organizado. A política não é clara quanto à formação necessária para exercer as referidas práticas, pois sempre que surgem políticas públicas precisamos nos perguntar, paralelamente a todas as justificativas, sejam elas sociais ou econômicas: Para quem elas servirão? Será para aliviar os cofres públicos? À medida que se abre o leque de possibilidades para profissionais que não pertencem à área da saúde, como isso será regulado?

Arcabouço legal das Práticas Integrativas e Complementares	
2006	Portaria GM nº 971, de 3 de maio de 2006 Portaria GM nº 1.600, de 17 de julho de 2006 Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006 Portaria SAS nº 853, de 17 de novembro de 2006
2007	Portaria SAS nº 398, de 11 de julho de 2007
2008	Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 Portaria SAS nº 154, de 18 de março de 2008 Portaria Interministerial nº 2.690, de 9 de dezembro de 2008
2009	Portaria NR nº 07/DGP de 27 de janeiro de 2009 Portaria SAS nº 84, de 25 de março de 2009 Portaria GM nº 2.982, de 26 de novembro de 2009
2010	Portaria DGP nº 48, de 25 de fevereiro de 2010 Portaria GM nº 886, de 20 de abril de 2010 Portaria GM nº 1.102, de 12 de maio de 2010 Portaria GM nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010 RDC ¹² 10 – 2010: Notificação de drogas vegetais RDC 14 – 2010: Registro de medicamentos fitoterápicos RDC 17 – 2010: Boas práticas de fabricação de medicamentos – parte específica, fitoterápicos

Quadro 2 – Arcabouço legal das PICS

Fonte: Simoni (2012)

¹² Resolução da Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Nacional (Anvisa).

2.5 Política estadual de práticas integrativas e complementares no Rio Grande do Sul

O estado do Rio Grande do Sul, através da Portaria SES 201/2012, criou a comissão de formulação da proposta da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, considerando várias deliberações, das quais cabe salientar este trecho:

[...] considerando a necessidade de atender às deliberações das últimas Conferências Estaduais de Saúde no que se refere às recomendações de implantação de Fitoterapia, da Homeopatia, da Acupuntura, das Práticas Corporais e outras práticas Integrativas e Complementares de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. (Portaria SES nº 201/2012).

A comissão – da qual faço parte – se reúne quinzenalmente e continua rotineiramente trabalhando na elaboração da política estadual. No seu artigo 4º, refere-se ao convite de especialistas de áreas de conhecimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para subsidiar os trabalhos da comissão.

Cumprе salientar que no Rio Grande do Sul a construção da política também está vinculada às Conferências Estaduais de Saúde, de que os diferentes atores sociais participam. Mesmo sabendo que o povo em geral possa não estar completamente representado nas conferências, é um caminho importante na formação das políticas públicas de saúde. Como nos fala Luz (2007b), embora sendo convocadas pelo Estado, através do Ministério da Saúde, as conferências são um importante caminho de diálogo raro entre Estado e sociedade em nosso país.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 A escolha do método

Segundo Barros (2012), a metodologia da pesquisa científica pode ser quantitativa ou qualitativa, exclusivamente, ou ainda quali-quantitativa. Na área da saúde, há ainda a prevalência da metodologia quantitativa, com métodos e técnicas que desprezam o sujeito e seu contexto.

O método não traz uma receita pronta, mas um caminho a ser seguido, podendo apresentar surpresas. Ele vai se delineando conforme o pesquisador entra em campo e coleta seu material de estudo. Então o método toma forma e a teoria se estampa, como a cutucar o horizonte do pesquisador. É instigante o trabalho de campo devido a essa incerteza do que será encontrado. Embora tenhamos um rumo a seguir, ele seguidamente nos leva a outro caminho que não pensávamos antes. Ao pesquisar, a realidade se mostra visível aos nossos olhos; o que era mera teoria ganha forma ou desmorona.

No mundo ocidental, a ciência é a forma hegemônica de construção do conhecimento. Segundo Minayo (2010), essa afirmação não é verdadeira, pois em muitas épocas a humanidade se serviu de várias fontes de saberes, como as religiões, as artes, a filosofia, os mitos e a poesia. E a autora pergunta: o que tem a ciência de diferente em relação às outras modalidades de saber?

A pesquisa qualitativa em saúde responde a questões muito particulares. Ela se ocupa nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ou deveria ser quantificado. De acordo com Minayo (ibidem, p. 21), “ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

A pesquisa qualitativa, conforme Leal (2006) considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzida em números. A demonstração dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta

de dados, e o pesquisador é o instrumento-chave. Sendo descritiva, os dados poderão ser analisados indutivamente, sendo focos principais de abordagem o processo de pesquisa e o significado dos resultados obtidos.

Tudo é importante na pesquisa qualitativa, de modo que não podemos nos prender apenas nas falas e nos discursos das pessoas. Também é importante observar o contexto e analisar criticamente todo o processo de pesquisa, buscando em certo momento a aproximação para estabelecer a confiança necessária para a entrevista e o distanciamento para analisar sociologicamente os relatos obtidos.

A escolha de entrevistas e observações se apresenta adequada ao tema desta pesquisa por oportunizar a compreensão de comportamentos, crenças, valores e atitudes em relação às Práticas Integrativas e Complementares para os profissionais de saúde que estão acostumados a não falar sobre isso, por considerá-las muitas vezes não científicas. Ainda segundo Minayo (2010, p. 199), “investigar é um labor científico e não apenas um tecnicismo. A dialética entre técnica e criatividade é o tempero da boa pesquisa”.

3.2 Inserção no campo

Segundo Gil (2010), a entrada em campo é crucial numa pesquisa etnográfica. Embora eu não esteja realizando uma etnografia, observei as mesmas considerações desta para a entrada em campo, porque as considero importantes em qualquer tipo de pesquisa. Entre essas considerações, aponta-se que os membros do grupo pesquisado muitas vezes não estão interessados na pesquisa, podendo até manifestar algum tipo de hostilidade em relação ao pesquisador. Por isso, deve-se ter muito cuidado com a entrada em campo e, se preciso for, solicitar ajuda de alguém de confiança do grupo ou da comunidade para que o ajude nessa inserção.

Eu estava apreensiva com minha inserção no campo, devido à escolha de minha primeira Unidade Básica de Saúde (UBS A), que pouco conhecia no momento. Escolhi iniciar pela UBS A devido à sua posição geográfica, por ser mais próximo do meu local de trabalho, o que facilitaria meu deslocamento. Outro critério de minha escolha foi ser uma unidade de saúde com a qual tenho um

distanciamento profissional maior – optei inicialmente por não conhecer os sujeitos da pesquisa, apesar de isso não ser algo necessário ou mesmo vantajoso.

No projeto de pesquisa, pensava em entrevistar os profissionais de apenas uma UBS, mas se fosse preciso poderia expandir para outras. Foi necessário incluir mais três unidades de saúde, porque precisei das opiniões dos médicos – como na maioria das UBS trabalha somente um médico, essa foi a solução encontrada. A opinião dos médicos tornou-se importante porque eles estão diretamente relacionados com a prescrição ou não das PICS.

Procurei centrar a pesquisa nas unidades de saúde que possuem Estratégia Saúde da Família (ESF), pois estas são formadas por equipes multiprofissionais, o que possibilita a inserção de profissionais que exerçam as PICS. Embora a UBS B não possua ESF, foi escolhida por conhecimento prévio de que um dos médicos tem formação em PICS. Assim, decidi fazer um contraponto com a opinião de outros profissionais que não usam PICS.

O primeiro contato com o campo foi através de um telefonema para o coordenador da UBS A, que se mostrou muito solícito ao meu pedido, ficando comprometido a conversar com a equipe de saúde, na reunião que ocorre nas quartas-feiras. Pedi que eu redigisse a carta de aceite para ele assinar. Fiz a carta e deixei-a na UBS, mas não estava muito certa de que ele teria repassado o assunto aos profissionais de saúde. Quando fui buscá-la, resolvi perguntar às enfermeiras sobre a pesquisa, e elas não sabiam do assunto e ficaram de falar na próxima reunião de equipe. A equipe aceitava participar, mas entre as agentes comunitárias de saúde apenas duas se dispuseram. Resolvi ir numa reunião de equipe e expor o assunto. Nada mudou. Senti certa resistência da equipe de saúde em participar de pesquisas. É possível que o fato de ser médica da Secretaria Estadual da Saúde atrapalhe minha pesquisa, pois até hoje as delegacias de saúde conservam, para muitos, um papel de policiamento da saúde que foi exercido durante muitos anos.

Nas UBS B, C e D não ocorreram problemas de resistência à participação, possivelmente porque eu era mais conhecida das equipes. Alguns inclusive se prontificavam a dar entrevistas, como foi o caso da UBS C, na qual, enquanto eu entrevistava a médica, as agentes comunitárias de saúde se dispuseram a participar da pesquisa.

Finalmente, devo relatar que, por já ter trabalhado em UBS, sei o quanto é inoportuno qualquer fato que saia da rotina da unidade. Por isso, minha tendência foi

de não incomodar o serviço e facilitar ao máximo que as visitas não se tornassem um peso.

3.3 Técnicas de coleta de dados

As técnicas para a coleta de dados, consideradas adequadas aos objetivos e às questões de pesquisa, foram entrevistas e a observação participante. De acordo com Víctora, Knauth e Hassen,

[...] as entrevistas na pesquisa qualitativa podem ser de vários tipos, constituindo um espectro que vai desde uma conversa informal até um questionário padronizado. O grau de formalidade deve ser definido conforme os objetivos da pesquisa, dependendo do tema a ser tratado e, principalmente, tendo em vista o que é apropriado culturalmente para o grupo pesquisado, sendo que uma mesma pesquisa pode conter vários tipos de entrevista. (2000, p. 64).

Iniciei com entrevistas semiestruturadas, com um roteiro preestabelecido que foi modificado após as primeiras entrevistas. Segundo Minayo (2010, p. 261), “a entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

Um aspecto a ser levantado é o preparo para a entrevista quanto ao domínio da terminologia técnica dos entrevistados que se recomenda ao pesquisador; isso me facilitou por já conhecer o funcionamento de uma unidade de saúde e os termos utilizados. Outro fato é o pouco tempo disponível dos entrevistados, de modo que foi essencial realizar “perguntas específicas e bem fundamentadas”.

Thompson (1992) faz um detalhamento importante sobre a entrevista, conseguindo em uma linguagem simples e clara descrever as dificuldades de um pesquisador principiante. Ele fala sobre os riscos de o entrevistador colocar suas próprias opiniões no início da entrevista, podendo levar o informante a dar respostas que você gostaria de ouvir. Quanto ao equipamento a ser utilizado, ele diz que o melhor seria nenhum. O simples fato de tomar nota, sem falar do gravador pode acanhar algumas pessoas, principalmente dependendo do cunho da entrevista. Utilizei gravador, embora em alguns momentos não funcionasse devido à minha

dificuldade em lidar com a tecnologia. Mas as gravações são importantes para o próprio pesquisador avaliar seu desempenho como entrevistador. De fato, pude observar que eu fazia murmúrios ou interferências desnecessárias. Mas em algumas entrevistas utilizei indevidamente no gravador e a gravação não se concretizou, tive que confiar na minha capacidade de memorização e detalhamento para escrevê-las.

Quanto ao local das entrevistas, sempre deixei livre para os meus entrevistados escolherem, podendo acontecer em suas residências ou na unidade de saúde. Ainda segundo Thompson,

[...] uma entrevista não é um diálogo, ou uma conversa. Tudo o que interessa é fazer o informante falar. Você deve manter-se o mais possível em segundo plano, apenas fazendo algum gesto de apoio, mas não introduzindo seus próprios comentários ou histórias. Essa não é a ocasião para você demonstrar seus conhecimentos ou seu charme. E não se deixe perturbar pelas pausas. Ficar em silêncio pode ser um modo precioso de permitir que um informante pense um pouco mais e de obter um comentário adicional. (1992, p. 271).

Ao mesmo tempo, comecei a fazer algo muito novo para mim, que era observar o ambiente de uma unidade de saúde, de uma maneira diferente da que eu estava acostumada, isto é, sem estar inserida no ambiente de trabalho. Muitas vezes, enquanto esperava no corredor para conversar com meus entrevistados, observava fatos que eu não observava estando inserida no contexto. Não pude fugir da minha visão crítica de médica de saúde pública comprometida com a gestão dos serviços de saúde. Quantas coisas simples poderiam ser feitas na melhora do ambiente físico, o que se chama “ambiência” na Política Nacional de Humanização do SUS. Acostumada à ‘ação’, tive que me acostumar apenas a ‘observar’.

Segundo Víctora, Knauth e Hassen (2000, p. 62), “observar na pesquisa qualitativa, significa ‘examinar’ com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo”. Segundo as autoras, não se justifica estar em um local como profissional ou paciente e depois procurar descrevê-los se o objetivo inicial não era esse. Por isso, quando me deparei na unidade de saúde como pesquisadora, era como se estivesse pela primeira vez, porque o objetivo era diferente. Confesso que eu enxerguei muito além, coisas que me passariam despercebidas como profissional de saúde.

A observação participante pode ser definida como

[...] processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O

observador está em relação face-a-face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cotidiano natural, colhe os dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo, modificando e sendo modificado por este contexto. (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955 apud MINAYO, 2010, p. 273).

Embora eu não tenha realizado na íntegra uma observação participante, consegui identificar muitos aspectos da vida cotidiana das unidades de saúde e que de certa forma influenciaram na análise dos dados. Esse conceito de observação participante é interessante, porque considero que o pesquisador acaba influenciando o objeto de sua pesquisa.

As entrevistas ocorreram até a saturação dos dados, a situação na qual ocorre redundância de informações: quando as respostas passam a se repetir, a coleta de dados pode ser suspensa (OLABUÉNAGA, 2012).

3.4 Diário de campo

Para Gil (2010), as notas de campo são constituídas pelos dados obtidos mediante observação ou entrevista e são muito importantes na pesquisa etnográfica, constituindo uma etapa importante entre a coleta e a análise dos dados. Ressalto mais uma vez que, apesar de eu não ter realizado uma etnografia, utilizei o diário de campo como fonte de dados para a análise de meu objeto de pesquisa.

Conforme Gibbs (2009), mesmo que as notas de campo estejam geralmente associadas à etnografia, alguns apontamentos podem ser utilizados por pesquisadores que estejam usando grupos focais e entrevistas, pois possibilitam fazer registros sobre a coleta de dados.

O caderno de campo, segundo Magnani (1997), além de uma função catártica pode ser pensado como um instrumento de pesquisa, pois permite captar informações que os documentos, as entrevistas, a descrição de rituais, os dados censitários obtidos através de gravadores, filmadoras, máquinas fotográficas e transcrições não transmitem.

Quanto às entrevistas, optei por escrevê-las ou transcrevê-las em um caderno pouco depois de realizá-las. As entrevistas gravadas foram transferidas para o computador a fim de não correr o risco de perdê-las. Logo a seguir, marcava com

uma caneta vermelha as categorias e também as falas dos entrevistados que poderiam ser utilizadas na dissertação. Esse foi um momento interessante, porque, ao ler as entrevistas, começava a delinear os autores a serem utilizados. Colava etiquetas adesivas coloridas, indicando os autores ou os conceitos que poderiam ser usados para explicar determinados fatos colhidos do cotidiano da pesquisa.

3.5 Questões éticas

Segundo Schramm (2004), uma pesquisa desenvolvida em todas as áreas do conhecimento, envolvendo seres humanos, deve ser revisada em seus aspectos científicos e éticos por uma instância que tenha competência adequada e reconhecida em âmbito epistemológico, metodológico e ético por seus pares e pela sociedade como um todo. No Brasil, essa função cabe ao conjunto formado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs). A instância revisora do CEP deve ser necessariamente inter e transdisciplinar para poder avaliar qualquer protocolo de pesquisa.

A Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS-MS) dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentares de pesquisa envolvendo a participação de seres humanos. Esta pesquisa está envolvida diretamente com seres humanos, que estarão expondo suas percepções e opiniões pessoais, bem como a exposição dos serviços de saúde e a residência dos pesquisados através da observação participante.

Foram cumpridos todos os trâmites necessários para a realização da pesquisa. Inicialmente, foi contatado o coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Maria, sendo a ele enviado o projeto de pesquisa para avaliação e aprovação (ANEXO A).

O NEPS encarregou-se de comunicar as unidades de saúde participantes da pesquisa, mas também fiz contato com elas pessoalmente ou por telefone para iniciarmos as entrevistas. Na UBS A, participei da reunião de equipe para expor o projeto; nas outras unidades (B, C e D), conversei com o coordenador e com os possíveis entrevistados.

O projeto de pesquisa foi registrado no CAAE sob o nº 01290612200005346 e foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM através da Plataforma Brasil, obtendo um parecer favorável à sua realização – conforme o Parecer Consubstanciado do CEP nº 11805 em 23/4/2012 (ANEXO B). Após esses procedimentos foram iniciadas as pesquisas de campo.

Para cumprir com as disposições da referida resolução, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) aos participantes da pesquisa, assegurando-lhes o anonimato, bem como respaldando a liberdade de não participarem da pesquisa. Quanto aos riscos da participação dos sujeitos na pesquisa, entende-se que poderão existir de maneira leve, explicitada através de manifestações de algum desconforto emocional ao lembrar fatos ou ao responder algum dos questionamentos realizados por ocasião da entrevista, sendo que estarão evidenciados no TCLE a ser assinado pelos participantes.

Tendo em vista a preservação da identidade dos sujeitos participantes da pesquisa, com vistas à manutenção do anonimato, foram utilizados códigos de identificação dos participantes, assim como das referidas Unidades Básicas de Saúde. As gravações das entrevistas ficarão de posse da orientadora da pesquisa por um período de cinco anos, sendo depois destruídas.

3.6 Análise dos resultados

Segundo Minayo (2010), os pesquisadores costumam encontrar três grandes obstáculos ao iniciar a análise dos dados recolhidos. O primeiro é o que Bourdieu caracterizou como “ilusão da transparência”, que significa a interpretação literal e espontânea dos dados. Isso pode acontecer quanto mais o pesquisador se sente familiarizado com o seu objeto de pesquisa. É preciso ter cuidado nesse aspecto e superar o empirismo.

O segundo obstáculo é o que leva o pesquisador a valorizar a magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se da fidedignidade à compreensão do material. Minayo considera essa situação como bastante comum e salienta:

[...] métodos e instrumentos são caminhos e mediadores para permitir ao pesquisador o aprofundamento de sua pergunta central e de suas perguntas

sucessivas, levantadas a partir do encontro com seu objeto empírico ou documental. (ibidem, p. 300).

O terceiro obstáculo, que também ocorre com frequência, é a dificuldade que os pesquisadores encontram em fazer “a junção e síntese das teorias e dos achados em campo ou documentais” (ibidem, p. 300). A autora refere que é comum os pesquisadores apresentarem um denso capítulo metodológico e teórico e, no final, um breve capítulo sobre os resultados, sem relação com as teorias descritas.

A análise de conteúdo se faz necessária para um melhor aproveitamento de um material qualitativo de pesquisa, tornando-se indispensável principalmente nas entrevistas. Esse tipo de análise recebeu a seguinte designação por Bardin (2011, p. 48):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

As informações foram analisadas através da análise temática de conteúdo, baseados principalmente em Minayo (2010) e Bardin (2011). Para Minayo (2010), a noção de tema está ligada a uma afirmação de um determinado assunto, podendo ser representada através de uma palavra, uma frase ou um resumo. A autora acrescenta:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (ibidem, p. 316, grifos da autora).

A análise dos resultados da pesquisa foi realizada através das entrevistas e da observação participante nos locais visitados, embora esta tenha se dado em menor grau. Segui operacionalmente as etapas da análise temática de conteúdo propostas por Minayo (ibidem): na ‘pré-análise’, realizei a leitura do material das entrevistas e do diário de campo, com o objetivo de uma interação mais estreita com o meu objeto de pesquisa. Também fiz a constituição do *corpus* do trabalho, que requer resposta a algumas perguntas que validam a pesquisa qualitativa, tais como: ‘exaustividade’ (material que contemple todos os aspectos levantados no projeto);

‘representatividade’ (características do universo pretendido); ‘homogeneidade’ (critérios precisos de escolha aos temas, técnicas); ‘pertinência’ (documentos adequados ao objetivo do trabalho). Da pré-análise ainda faz parte a formulação ou reformulação das hipóteses e dos objetivos da pesquisa – isto é, a partir da leitura do material de pesquisa, fazer novamente as perguntas iniciais. Em toda essa fase pré-analítica surgem os recortes, como serão realizadas as categorizações e codificações e os conceitos teóricos que orientarão a análise.

Numa segunda etapa, segui para a exploração do material, que permitiu chegar ao núcleo de compreensão do texto, conforme Minayo (ibidem, p. 317):

O investigador busca encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização – que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas – é uma etapa delicada, não havendo segurança de que a escolha de categorias a *priori* leve a uma abordagem densa e rica.

A terceira etapa foi o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos, comparando-os com o referencial teórico. Nesse momento, contudo, também precisei explorar outros referenciais teóricos além dos escolhidos inicialmente, devido aos resultados obtidos.

4 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO E DOS SUJEITOS DA PESQUISA

O município de Santa Maria (Figura 1), chamado 'coração do Rio Grande', possui uma população de mais de 260 mil habitantes, de acordo com o mais recente Censo do IBGE (BRASIL, 2010). É uma cidade de médio porte, considerada a quinta cidade mais populosa do Rio Grande do Sul (densidade de 146,68 hab./km²), referência para a região central do estado. Também conhecida como Santa Maria da Boca do Monte, por situar-se em uma região cercada de morros, a cidade é dividida em 10 distritos e 50 bairros. Possui 08 hospitais, assim distribuídos: 03 militares; 03 destinados a convênios e particulares; e 02 atendem SUS. Dentre os que atendem SUS, está o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que é referência para a 4^a e 10^a Coordenadorias Regionais de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde possui 13 UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF)¹³ e 30 UBS sem ESF.

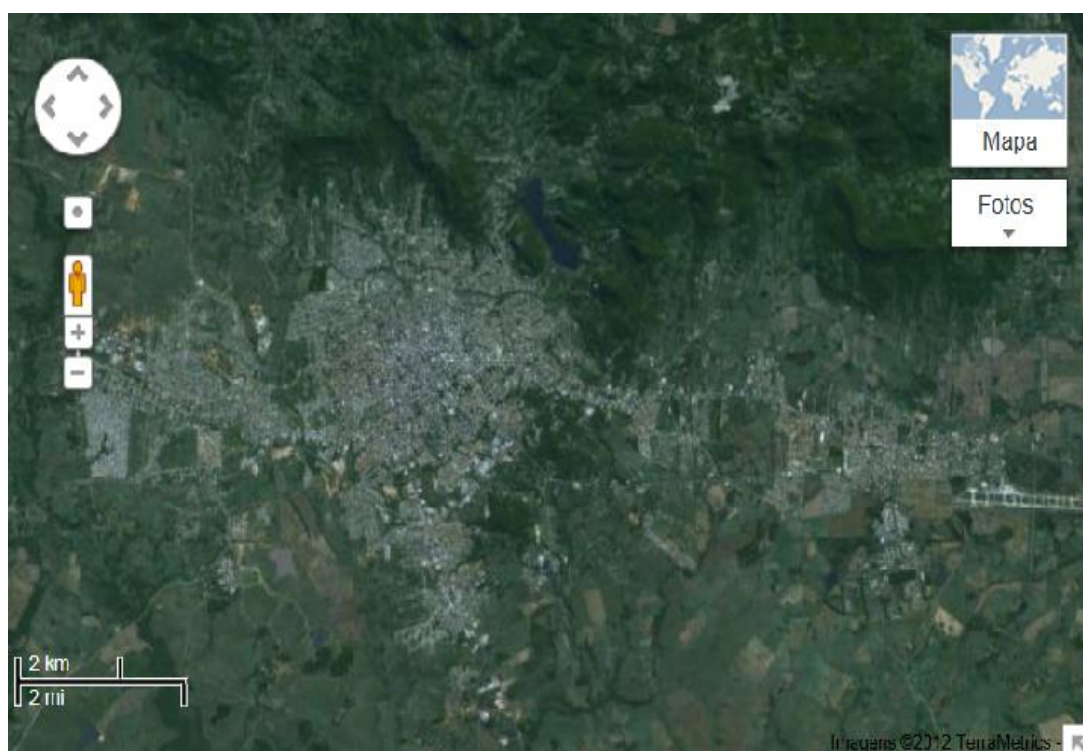


Figura 1 – Foto de satélite do município de Santa Maria

Fonte: Google Mapas

¹³ A ESF é a principal estratégia organizativa da Atenção Primária à Saúde no SUS (BRASIL, 2011).

4.1 Descrição das unidades básicas de saúde

Conforme referência anterior, a pesquisa desenvolveu-se em quatro Unidades Básicas de Saúde, as quais denominei UBS A, B, C e D, a fim de preservar as opiniões dos entrevistados e também a própria unidade como um todo. Todavia, não é uma tarefa fácil descrever uma UBS sem trazer características que possam identificá-la.

De acordo com Minayo (2010), o espaço da pesquisa deve corresponder ao delineamento do objeto teórico. A escolha do ambiente de pesquisa envolve vários elementos, como critérios lógicos, interação, conveniência e contatos que possam ajudar no desenvolvimento do trabalho.

A preferência foi dada às UBS com Estratégia Saúde da Família, mas uma das quatro não tem ESF. Foi escolhida, como já relatei no capítulo anterior, devido ao fato de possuir em sua equipe uma médica que possui formação em homeopatia. Eu precisava fazer esse contraponto para poder relacionar com os outros profissionais que não têm essa formação. Foi muita rica a entrevista com a referida médica, por ela ter manifestado suas preocupações em relação à implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), como apresentarei principalmente no capítulo 5, através de suas falas e considerações.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que trata da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, relata que são itens necessários à ESF: equipe multiprofissional, composta por no mínimo médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescidos profissionais de saúde bucal, como cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe deve ser responsável no máximo por quatro mil pessoas, e os profissionais devem trabalhar em regime de 40 horas semanais.

4.1.1 Unidade Básica de Saúde A

A Unidade Básica de Saúde A (UBS A) possui a Estratégia Saúde da Família desde o ano de 2004 e está situada em zona urbana. A justificativa para a escolha desta UBS foi que estou distante dela profissionalmente. Esse distanciamento não ajudou na inserção no campo, mas na análise das falas dos entrevistados, permitindo que eu não tivesse ideias preconcebidas, o que poderia me levar a uma falsa interpretação ou tirar conclusões precipitadas.

Essa UBS possui uma área relativamente ampla, com várias salas e um estacionamento no pátio, rodeado por árvores. Fazem parte de sua estrutura física uma sala de espera ampla e climatizada, com vários cartazes informativos nas paredes, uma televisão e cadeiras 'longarinas' azuis (cor padrão da Secretaria Municipal de Saúde). Também se situa nessa sala o balcão de recepção, no qual ficam armazenados os prontuários dos pacientes. Ao lado, há uma pequena janela com uma portinha que faz a comunicação com a farmácia da unidade, onde são dispensados os medicamentos aos pacientes. À esquerda da entrada fica um banheiro destinado ao público; na frente deste fica uma pequena mesa com revistas, sobre a qual observei uma árvore de Natal na última visita. À direita há uma cadeira de rodas para o transporte de pacientes que dela precisarem.

A sala de espera divide a unidade em dois ambientes. A ala esquerda tem uma porta que leva a um corredor onde estão os três consultórios médicos, modernos e bem equipados. Também nesse corredor estão o consultório de enfermagem, a sala de curativos e a sala de esterilização dos materiais. A ala direita abriga o consultório dentário, a sala de procedimentos e nebulização, a sala de aplicação de medicamentos, a sala de vacinas, a sala do acolhimento, os sanitários dos funcionários, uma pequena sala de reunião e a copa. Essa ala é mais antiga, com salas bem pequenas, ao contrário da ala esquerda, que é uma construção nova, moderna e espaçosa.

O ambiente da unidade é limpo e passará por algumas reformas, conforme informação da enfermeira-chefe. Há grande circulação de pessoas na unidade, como pacientes, profissionais de saúde e estudantes de vários cursos que fazem seus estágios curriculares. Em nenhum dos momentos nos quais estive na UBS

observei a formação de filas, embora os profissionais refiram que existe uma demanda de atendimentos bastante grande.

Os profissionais de saúde estão sempre muito atarefados, principalmente os técnicos de enfermagem, os quais são frequentemente solicitados. Os médicos também atendem a uma demanda de consultas grande. Da mesma forma, o cirurgião dentista realiza muitos atendimentos – e em todos os momentos que estive na UBS, não consegui contato, pois ele estava em atendimento. As enfermeiras são bem atarefadas, mas como entre suas funções está a de coordenar os serviços, isso permite que se possa conversar mais com elas.

A equipe de saúde da UBS A possui 21 profissionais no momento, que estão assim distribuídos: coordenador, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde está trabalhando no momento nos moldes de uma unidade de saúde convencional, mas está se reorganizando para voltar a ser uma equipe de Estratégia Saúde da Família.

Não existe PICS nessa unidade, que também não dispõe de profissionais habilitados, embora a maioria se manifestasse favorável à inserção de tais práticas.

4.1.2 Unidade Básica de Saúde B

A UBS B está localizada na região urbana de Santa Maria e funciona desde 1997. Não possui Estratégia Saúde da Família, mas há cerca de dois anos possui a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Funciona como uma unidade de saúde convencional com especialidades médicas gerais, um território de ação não muito bem definido, com quatro microáreas (duas urbanas e duas rurais).

Eu não possuía conhecimentos prévios quanto à área física, aos profissionais de saúde e ao processo de trabalho dessa UBS. A escolha se deve ao fato de saber de antemão que existia uma médica pediatra e homeopata. No decorrer da pesquisa de campo, senti a necessidade de entrevistar um profissional que tivesse uma vivência com as PICS.

Minha inserção foi através de um telefonema, pelo qual marcamos a entrevista na unidade de saúde. Ao chegar à UBS, a primeira pessoa que me

recepcionou foi uma enfermeira, que é uma antiga conhecida de outra unidade, a qual tinha contato devido ao meu trabalho na Secretaria Estadual de Saúde. Sorridente e simpática, ela dispôs-se a mostrar de uma forma geral o ambiente da UBS, enquanto eu esperava a médica para a entrevista.

Quanto à área física, possui uma área ampla, em forma oval. Na entrada, um grande e espaçoso *hall* compõe a sala de espera, com vários assentos em todas as direções, plantas ornamentais, cartazes etc. Na entrada existe um balcão com um vidro, onde fica a recepcionista. À direita, fica a sala da administração; ao lado, a sala da farmácia, onde são dispensados os medicamentos; e a seguir, no fundo, uma porta leva a uma ampla, espaçosa e iluminada sala de reuniões. Nessa sala existem cadeiras dispostas em toda a volta, vários armários, uma maca para as aulas da fisioterapia, trabalhos manuais feitos pelos grupos de terapia etc.

Seguindo ainda à direita encontram-se as salas de enfermagem, nebulização, aplicação de medicamentos e curativos. Observei um sanitário infantil nesse corredor. Seguindo o contorno da forma oval da construção, há dois consultórios de pediatria, um ginecológico, dois consultórios dos clínicos gerais e um consultório odontológico. Já na ala esquerda estão uma cozinha, um almoxarifado, sala de fisioterapia, sala de vacinas e uma segunda sala administrativa, onde ficam armazenados os prontuários dos pacientes.

Essa unidade possui 21 profissionais de saúde, que estão assim distribuídos: odontólogo, auxiliar de consultório dentário, enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos clínicos gerais, pediatras e ginecologista, farmacêutico, fisioterapeuta, auxiliares administrativos, serviços gerais e agentes comunitários de saúde.

Apesar de dispor de uma médica homeopata, essa UBS não possui ambulatório de homeopatia, pois a médica está lotada como pediatra. Contudo seu relato indica que realiza o tratamento convencional e homeopático quando acha necessário. Ela faz parte dos chamados 'profissionais híbridos'.

Barros (2000) identifica três perfis de profissionais de medicina: o 'puro', que fez sua formação na escola alopática e se orienta apenas por esses preceitos; o 'convertido', que se formou na escola alopática, mas abandonou-a para seguir o modelo alternativo; e o 'híbrido', que, principalmente a partir dos anos 1980, especializou-se, mas começou a inserir na sua prática outra racionalidade médica, desenvolvendo o modelo de medicina complementar.

Na última visita, que era destinada a coletar os dados da área física que faltavam, tive uma surpresa muito agradável ao ser apresentada à chefe da unidade. A coordenadora é uma fisioterapeuta muito atenciosa e simpática. Além de mostrar toda a unidade, também falou dos trabalhos realizados, principalmente o de fisioterapia, que é composto por exercícios de alongamentos e orientações da medicina tradicional chinesa. Ela tem formação em acupuntura, embora não a realize na unidade de saúde devido a questões práticas de obtenção dos materiais necessários para tal procedimento.

Eu desconhecia que existia naquela unidade algum tipo de prática integrativa e complementar, pois oficialmente não se encontra no sistema de informações em saúde do município de Santa Maria. Também falou do trabalho do técnico de enfermagem, que realiza com os pacientes exercícios de *Lian gong* (técnica corporal da medicina tradicional chinesa). Ela fala de uma maneira muito entusiástica sobre esses grupos, chegando a se emocionar ao relatar o depoimento dos pacientes. Ela não fazia parte dos entrevistados – e nem poderia ser entrevistada, pois estava entrando em férias naquele dia –, mas sem dúvida enriqueceu o trabalho.

Pergunto-me até que ponto essas práticas são valorizadas e possuem divulgação pela Secretaria Municipal de Saúde ou se são apenas atitudes isoladas de alguns profissionais que, devido à formação em áreas das PICS, resolvem implantá-las nas unidades de saúde por iniciativa própria.

4.1.3 Unidade Básica de Saúde C

A Unidade Básica de Saúde C também se localiza na zona urbana do município de Santa Maria, iniciando seu funcionamento em setembro de 2004. Funciona em uma casa alugada pela prefeitura, perfazendo os primeiros princípios do então Programa de Saúde da Família, que preconizava que o local deveria ser semelhante a uma moradia familiar. O local é pequeno, mas a demanda de pacientes é bastante grande. O ambiente é acolhedor, e a equipe de saúde também demonstra um caráter diferente dos tradicionais postos de saúde. A médica conhece os pacientes e tem uma excelente relação com eles e com a comunidade. O restante da equipe é novo no local, mas já está trabalhando sob a mesma ótica de

trabalho da médica que lá atua há mais tempo. A unidade passará por reformas, pois o imóvel foi recentemente comprado pela prefeitura.

A escolha dessa unidade de saúde para a realização da pesquisa se deve ao fato de eu conhecê-la mais, ao contrário do critério de escolha da unidade A, que foi justamente o meu distanciamento. Não observei grandes benefícios ou prejuízos, devido ao fato de conhecer ou não a unidade de saúde.

A resolutividade do atendimento da atenção básica nessa UBS chega ao redor de 90% dos atendimentos, isto é, sem precisar de encaminhamentos a outros níveis de atenção em saúde.

Quanto à descrição do local, é uma casa de moradia que foi transformada em unidade básica de saúde. Onde seria a sala de estar funciona a sala de espera, tornando-se pequena, principalmente nos horários em que a circulação de pacientes é maior. Os quartos são os consultórios. O maior é destinado ao atendimento em pediatria e puericultura, onde há vários brinquedos; o segundo fica para a parte de ginecologia, para procedimentos tais como realização do pré-natal e coleta do cito patológico; e o terceiro serve para o atendimento de clínica geral. Há ainda uma pequena sala de vacinas, onde fica a geladeira e o único computador da unidade, e uma pequena sala de procedimentos, onde fica o armário com os medicamentos para administração injetável. Na parte de trás, a casa possui uma peça onde são verificados os sinais vitais dos pacientes pela técnica de enfermagem e onde ficam os armários com os medicamentos fornecidos na unidade de saúde.

No momento, a equipe de saúde está constituída de uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Também trabalham dois estudantes do sexto ano da medicina da UFSM, que fazem seus estágios curriculares na unidade de saúde.

Existem várias ações nessa UBS que incentivam a promoção e a prevenção em saúde. Entre elas está a realização de um concurso anual chamado 'bebê sarado', em que apenas a criança em aleitamento materno exclusivo e em acompanhamento na puericultura pode concorrer. A escolha ocorre no dia das crianças, em festa com a comunidade. O ganhador recebe prêmio em dinheiro, além de *banner* exposto no posto de saúde. Assim, durante as consultas percebemos que as orientações sobre a amamentação, além do incentivo através do concurso, vêm surtindo efeito na comunidade.

Não são oferecidas PICS nessa unidade de saúde, mesmo que exista uma abertura positiva dos profissionais de saúde em relação à sua implantação, desde que salvaguardada a necessária capacitação dos profissionais de saúde envolvidos.

4.1.4 Unidade Básica de Saúde D

A UBS D está situada na zona urbana do município de Santa Maria, em um espaço fornecido pela igreja do bairro. O espaço é pequeno, e as condições físicas não são as melhores. Também essa unidade de saúde foi escolhida devido ao meu conhecimento prévio sobre suas instalações e sobre seus profissionais, que poderiam enriquecer os dados referentes à entrevista.

Atende uma população acima de oito mil pessoas e se caracteriza por possuir grande parte da população com baixa renda e sujeita à vulnerabilidade social. Essa situação é manifestada através do grande número de pacientes atendidos com tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, escabiose, desnutrição, usuários de drogas etc.

Segundo Ayres (2003, p. 128), a “vulnerabilidade quer expressar os potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em certo conjunto de condições”. A vulnerabilidade social é um dos aspectos da vulnerabilidade, junto à vulnerabilidade programática e à vulnerabilidade individual. Para Borges (2008), embora esses componentes estejam divididos para análise e intervenção, eles se encontram entrelaçados, sobrepostos e imbricados entre si, influenciando-se mutuamente.

A unidade de saúde apresenta uma sala de espera pequena, com banheiro público anexo. Há três consultórios médicos (um deles compartilhado para a atividade de vacinação) pequenos, sendo que um não dispõe de ventilação. A unidade possui uma cozinha, uma sala administrativa com banheiro para funcionários, um espaço para o armazenamento e a dispensação de medicamentos, uma sala de triagem e aplicação de medicamentos e um consultório odontológico. Em estrutura anexa, há ainda outras duas salas onde são feitas as avaliações ginecológicas e as consultas de puericultura.

A UBS conta com duas equipes de Estratégia Saúde da Família, assim distribuídas: dois médicos (um concursado com 40 horas semanais e outro contratado com 20 horas semanais), uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma cirurgiã dentista, um auxiliar de consultório dentário, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e 11 agentes comunitários de saúde. Também atuam na UBS dois acadêmicos da enfermagem e dois acadêmicos da medicina.

Não há desenvolvimento de práticas integrativas e complementares em saúde nessa unidade.

4.2 AS Práticas integrativas e complementares nas UBS

Oficialmente, não existe nenhuma das PICS implantadas nas unidades de saúde do município de Santa Maria/RS. Sou conhecedora de um concurso público realizado em 2004 para médico homeopata, mas os profissionais aprovados nunca foram chamados. Entretanto existem atitudes isoladas de profissionais de saúde com habilitação nessa área e que resolvem oferecer os serviços na unidade em que trabalham. Dessa forma, a unidade de saúde B possui homeopatia e práticas corporais da medicina tradicional chinesa.

Escolhi realizar as entrevistas em unidades de saúde, porque facilitaria o acesso aos diferentes profissionais de saúde, pois as equipes são multiprofissionais. Achei interessante um relato da técnica de enfermagem (F5), a respeito de um paciente que perguntou sobre um 'chá' para a patologia dele. Ela conta que ficou surpresa, porque isso não costuma ocorrer. Sua resposta foi negativa, embora ela soubesse, mas na unidade de saúde não está autorizada a receitar 'chás'. Perguntei se ela estivesse fora da unidade de saúde e sem o jaleco branco, se teria indicado o chá. Ela respondeu que provavelmente sua atitude seria diferente, isto é, teria realizado a indicação. Atualmente, os profissionais de saúde não estão autorizados legalmente a receitar chás nas unidades de saúde, mas isso varia em cada região do país. A PNPIIC vem justamente para institucionalizar práticas que estão sendo realizadas sem vigilância. Contudo há muitos questionamentos sobre o uso de chás nas unidades de saúde, principalmente em relação a quem estaria autorizado a receitar.

Sem dúvida, a PNPIC já está provocando discussões entre as categorias profissionais e seus respectivos conselhos e sindicatos. Tenho conhecimento de processos judiciais de alguns conselhos regionais de medicina contra a PNPIC. Questiono-me se os envolvidos com a política nacional, estadual ou municipal estão preparados para dialogar e contemplar todas as categorias profissionais.

Toda essa vasta descrição das unidades de saúde tem duplo sentido: o primeiro de informar, aos leitores que não são da área da saúde, como se processa o funcionamento de uma unidade de saúde. Segundo, buscar nas diferenças físicas e de processo de trabalho, a aceitação ou a rejeição das PICS pelos profissionais de saúde.

Como pude observar, encontrei PICS em uma unidade de saúde que não possuía ESF, contrariando minha ideia inicial, que era justamente buscar nas unidades com ESF, por considerar que seriam mais abertas a novas práticas. De fato, nenhuma se mostrou resistente à implantação das PICS, mas as práticas estão acontecendo em uma UBS convencional.

A respeito da localização das UBS, todas estão em zonas urbanas. Conforme Laplantine (1989), o local de residência influencia na adesão favorável às PICS, principalmente os moradores das grandes cidades, em detrimento da zona rural.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa são profissionais de saúde que atuam em unidades de saúde. Foram entrevistados 13 profissionais das UBS. Também foram entrevistados informalmente alguns usuários do Sistema Único de Saúde, embora inicialmente o objetivo da pesquisa não fosse entrevistá-los. Resolvi incluir falas de um entrevistado usuário, pois indiretamente ajudou na elucidação de alguns fatos. Assim, foram utilizadas 14 entrevistas.

Como salienta Minayo (2010), numa abordagem qualitativa o pesquisador deve se preocupar mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão. O critério não é numérico, mas o entrevistador precisa delimitar o número de pessoas pesquisadas. A autora indica que “uma amostra

qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (Ibidem, p. 197).

Todos os entrevistados foram codificados a fim de preservar suas identidades. Receberam as letras maiúsculas M (masculino) e F (feminino), juntamente com um número de ordem que simplesmente corresponde à sequência das entrevistas. Também procurei não associá-los às unidades de saúde, para diminuir as chances de serem identificados, embora a ocorrência de alguma suspeita de identificação possa ser inevitável.

4.3.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os dados utilizados para caracterizar os sujeitos da pesquisa foram: idade, sexo, cor, estado civil, religião, formação profissional, tempo que exerce a profissão, moradia, renda familiar e número de moradores na residência. Todas essas informações fizeram parte da entrevista, embora inicialmente eu não tivesse clareza se seriam relevantes ou não na análise. No capítulo 5, no qual descrevo a análise das entrevistas, faço referência aos dados de identificação que melhor colaboraram para esse fim.

A faixa etária dos entrevistados ficou assim distribuída: três abaixo de 30 anos; oito entre 30 e 50 anos; e três acima de 50 anos. Quanto à idade dos entrevistados, não observei interferência desse dado nas suas respostas.

Das 14 entrevistas realizadas, 12 pessoas eram do sexo feminino e duas do sexo masculino. Isso demonstra o grande número de mulheres que trabalham na área da saúde, principalmente na enfermagem. Todavia não posso afirmar se as respostas afirmativas em relação às PICS tenham ocorrido pelo fato de meus entrevistados serem predominantemente do sexo feminino.

Segundo Laplantine (1989), essa nova cultura médica – como ele denomina as medicinas paralelas – tem maior penetração entre as mulheres do que entre os homens. Para esse autor, trata-se de uma população de uma faixa etária média (entre 35 e 50 anos) que possui mais esse tipo de sensibilidade; há menor proporção antes dos 30 anos e a população mais idosa é pouco atingida.

Quanto à cor, todos eram brancos, exceto uma que era de cor parda. Quanto ao estado civil, a maioria era casada oficialmente ou vivia em união estável.

A respeito da religião, a maioria era católica. Três entre os entrevistados relataram participar da Pastoral da Saúde. A ACS F2 diz: *“Fiz curso da Pastoral da Saúde e aprendi chás e comidas alternativas,”*¹⁴. A ACS F12 comenta: *“Conheço os chás, porque minha mãe faz parte da Pastoral da Saúde”*. Nesse sentido, poderia sugerir a influência da religião católica nas PICS, proporcionando o conhecimento e a adesão a algumas práticas pelos profissionais de saúde que são praticantes de religiões que incentivam o uso de plantas medicinais.

A formação profissional dos entrevistados foi um fator importante na análise das entrevistas e sua relação com as PICS, pois as respostas e os posicionamentos foram mais consistentes nas entrevistas com os enfermeiros e médicos. Os últimos, principalmente, não tinham medo de se posicionar, enquanto os outros profissionais manifestavam certo receio em falar deliberadamente sobre o assunto. Precisei perguntar de outras maneiras para que pudesse chegar a uma resposta. Às vezes, a interpretação de seus relatos e suas histórias permitiu entender seus reais posicionamentos em relação às PICS. A seguir, os dados quanto à formação profissional dos entrevistados são apresentados na Tabela 1

Tabela 1 – Formação profissional dos sujeitos da pesquisa

Formação profissional	Número de entrevistados
ACS	5
Médico	4
Enfermeiro	2
Técnico de enfermagem	2

Fonte: a autora (2013)

O tempo de formação profissional foi outro fator no qual eu esperava encontrar relação com a aceitação ou não das PICS, mas esse dado não foi considerado relevante para essa amostra de sujeitos pesquisados. Aqui, preciso

¹⁴ Para diferenciar os trechos de entrevistas das citações do referencial teórico, utilizarei grifos em itálico.

explicar que o tempo de formação profissional dos entrevistados correspondeu ao tempo que exercem sua profissão.

Sobre a formação profissional, vale a pena ressaltar as considerações de Tesser (2012) quanto aos estudos de PICS e profissionais de saúde. O autor relata que a literatura internacional vem mostrando um interesse progressivo pelas PICS, principalmente por parte dos enfermeiros, mas também dos médicos. Tesser diz que poucos estudos são realizados no Brasil, os quais são necessários para averiguar a visão dos profissionais pelas PICS de uma forma mais disseminada.

Todos os entrevistados moram em casa própria. Quanto à renda familiar – em faixas de salários que correspondiam ao número de salários mínimos nacionais – a maioria dos entrevistados possui renda acima de quatro salários mínimos. Também foi solicitado o número de moradores por residência, para que fosse realizada a renda per capita familiar e, assim, ter uma ideia da situação econômica dos entrevistados. Isso foi realizado no sentido de buscar subsídios para análise e interpretação dos dados; estes estão em consonância com a literatura, que refere que as classes mais favorecidas são as que procuram ou aceitam melhor as PICS, conforme aponta Laplantine (1989, p. 32): “Inicialmente, certo número de categorias profissionais: dirigentes executivos e profissionais liberais, seguidos de pessoas da classe média e assalariados, ao passo que os operários e, principalmente, os agricultores acreditam na medicina oficial”.

No capítulo a seguir, abordarei as entrevistas realizadas e promoverei uma análise das respostas obtidas.

5 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

5.1 Sobre as entrevistas

As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro de 2012. Duravam em torno de uma a duas horas, às vezes se estendiam, principalmente quando eram entrecortadas por solicitações da demanda do serviço de saúde. Foram 14 entrevistas aproveitadas no total, algumas com mais conteúdo, as quais tiveram um aproveitamento quase integral, ao contrário de outras entrevistas de que foi retirado apenas o essencial para análise. Duas entrevistas foram realizadas nas residências de entrevistadas, a pedido delas. Precisei retornar às UBS para esclarecer dados que não ficaram claros e sempre aproveitava os momentos para observar o funcionamento das unidades.

A análise das entrevistas não é uma tarefa fácil, porque são informações brutas que precisam ser compiladas, entendidas e interpretadas para que a escrita seja desenvolvida de uma maneira fidedigna aos dados e que o subjetivismo do pesquisador interfira o menos possível na análise, conforme indica Caldeira:

Antes de mais nada, não custa lembrar que as entrevistas, depoimentos e observações de campo, por mais ricos que possam ser, não constituem em si mesmos uma evidência ou uma explicação. São dados, ou seja, a matéria bruta a ser trabalhada. Para que adquiram um significado para o conhecimento, eles necessitam ser interpretados e explicados, requerem trabalho que é inseparável de um esforço teórico e que nada se assemelha à compilação de dados ou à descrição pura e simples. (1981, p. 351).

5.2 Início das entrevistas

Observei que alguns entrevistados manifestavam certa ansiedade para a realização das entrevistas, evidenciada através do receio de saberiam responder as questões. Procurava tranquilizá-los que não era um teste de conhecimentos e que o não saber também era importante para a pesquisa.

Apenas uma entrevistada manifestou o desejo de não gravar, o qual foi respeitado. Alguns se sentiram muito à vontade, relatando estarem acostumados a esse tipo de atividade na Unidade Básica de Saúde, demonstrando inclusive conhecer o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em geral, foram muito solícitos, colocando-se à disposição se eu tivesse alguma dúvida e precisasse retornar. Alguns me deram seus e-mails para que pudéssemos nos comunicar, como de fato aconteceu com uma entrevistada que havia esquecido como sua mãe preparava um xarope usado na sua infância e fez questão buscar tal informação e mandá-la por e-mail.

Outro fato curioso é que alguns diziam o que eu deveria colocar no meu texto, relatando: *“Isto tu tens que colocar”* (F9); ou *“Isto tu não podes deixar de colocar...”* (F10). Esses apontamentos dos meus entrevistados me reportam a um texto de Caldeira (1981), que fala sobre a legitimação do saber científico no ocidente como única forma de conhecimento. Imagino que, por estarem diante de um pesquisador da ciência, sintam que serão ouvidos e sem receio de serem tão criticados. A autora afirma:

[...] esse dispositivo é o que legitima no Ocidente o saber científico como a única forma de saber reconhecido, é o que dá ao produto de uma reflexão ou pesquisa classificada como científica o status de verdade inquestionável, é o que dá poder a esse saber. Estaríamos, portanto, frente a um dispositivo de poder-saber que sustentaria e possibilitaria a prática da pesquisa científica. (CALDEIRA, 1981, p. 334).

Nesse sentido, acredito que minha pesquisa também possibilitou em alguns momentos a expressão de opiniões das pessoas, com a esperança de que fossem ouvidas. A legitimidade da pesquisa como uma ferramenta de construção de conhecimento fez com que alguns entrevistados sentissem que teriam suas posições divulgadas através de um meio legítimo. É como se a pesquisa fosse um canal para expressarem suas opiniões e tivessem a garantia de que seriam ouvidas pelos seus pares.

Isso me levou a pensar a respeito da necessidade que as pessoas têm de expressar o que pensam sobre as Práticas Integrativas e Complementares e talvez não encontrem canal para realizarem-nas, ou simplesmente tenham receio de se manifestarem e serem criticados pelos colegas de profissão, como declarou uma médica:

[...] se tu me perguntares por que eu não uso, eu digo “porque eu não conheço”. A gente tem medo de ser criticado pela classe médica. Para que façamos uso de medicina alternativa, precisamos nos apropriar de conhecimento muito bem embasado para poder discutir com outros profissionais que não usam e não aceitam o benefício que isto pode trazer para a população. Se a nossa população soubesse o benefício dos chás e do primeiro atendimento de coisas simples em casa, as Unidades de Saúde não estariam lotadas. (F10).

5.3 Identificação dos entrevistados

Aqui estarei avaliando apenas os dados de identificação dos entrevistados que mais influenciaram a análise das entrevistas. Os dados que possivelmente influenciaram em suas respostas às entrevistas, bem como os posicionamentos e as decisões profissionais quanto às PICS, foram a ‘formação profissional’ e a ‘trajetória familiar’.

A ‘formação profissional’ influenciou as respostas porque, de acordo com a categoria profissional, as respostas eram mais ou menos rebuscadas, o número de exemplos era maior e os recursos oratórios importantes. Mas, independentemente de sua classe profissional, todos apresentaram um conteúdo substancial nas suas respostas – o que variava era a maneira de expressão. Uns expressavam suas ideias em poucas palavras; para outros era necessária uma interpretação de suas falas. Os profissionais de nível superior (quatro médicos e duas enfermeiras) apresentaram um material muito rico e sujeito a discussões e conclusões. Os profissionais de nível médio (duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde) apresentaram dados muito importantes da prática e da vivência de sua comunidade.

A ‘trajetória familiar’ pareceu-me muito importante na fala dos meus entrevistados, principalmente na análise das respostas dos médicos e seus respectivos posicionamentos em relação às PICS. O que me permitiu chegar a essa análise foi a pergunta ‘Como eram tratadas suas doenças na infância?’. Essa indagação me levou à informação de como suas famílias lidavam com suas doenças e quais eram seus posicionamentos quanto à medicina oficial. Esse tema será tratado no próximo item.

Dos quatro médicos entrevistados, os dois que tiveram uma trajetória familiar com base exclusivamente na medicina oficial continuaram nessa linha exclusiva em decisões profissionais futuras. Eles aceitam as PICS, mas não se envolvem pessoalmente. É o caso do médico M11, cujos pais eram provenientes da Romênia. O pai era comerciante e sua mãe, do lar. Eles não utilizavam tratamentos alternativos, possuíam seu médico particular. Também o médico M8 relata que sua mãe era enfermeira e que tinha dois tios médicos, os quais sempre recorriam à medicina oficial.

Os dois entrevistados médicos que tiveram uma influência familiar com medicina ou tratamentos naturais continuaram mantendo essa posição nas suas escolhas profissionais. Foi o que ocorreu com a médica F9, que se tornou homeopata. Ela contou que o fato de sua família sempre optar por tratamentos mais naturais influenciou fortemente em sua decisão profissional futura – seu pai era professor universitário e sua mãe, professora estadual.

A médica F10 também relatou a forte influência do estilo de vida mais saudável e natural que sua família adotava em suas tendências profissionais futuras. Sempre se dedicou a uma medicina de qualidade e voltada para os aspectos preventivos e humanísticos. Seu pai era militar do exército e propunha um estilo de vida muito disciplinado e baseado em uma alimentação saudável. Todas essas considerações podem ser mais bem compreendidas a partir de Bourdieu:

A determinado volume de capital herdado corresponde um *feixe de trajetórias* praticamente equiprováveis que levam a posições praticamente equivalentes – trata-se do *campo dos possíveis* oferecido objetivamente a determinado agente; e a passagem de uma trajetória a outra depende, muitas vezes, de acontecimentos coletivos (guerras, crises etc.) ou individuais (encontros, ligações amorosas, privilégios etc.) descritos, comumente, como acasos (felizes ou infelizes), apesar de dependerem, por sua vez, estatisticamente, da posição e das disposições daqueles que vivenciam tais eventos – por exemplo, o senso das “relações” por meio do qual os detentores de um elevado capital social têm a possibilidade de conservar ou aumentar esse capital –, a não ser que sejam organizados expressamente pelas intervenções institucionalizadas (clubes, reuniões de família, associações de ex-membros de empresa ou da instituição etc.) ou “espontâneas” dos indivíduos ou grupos. (2007, p. 104).

Os enfermeiros entrevistados aceitam as PICS, muitas vezes fazendo uso pessoal, como registra a enfermeira F4: “*Eu uso florais e reiki, não sei se funciona mesmo ou se é psicológico*”.

5.4 Doenças na infância e seus tratamentos

Eu iniciava as entrevistas perguntando sobre como eram tratadas suas doenças na infância. Embora esse não fosse o foco da pesquisa, a pergunta tinha algumas conotações. Primeiramente, ajudava a diminuir a tensão inicial da entrevista, porque os entrevistados, ao falarem da sua infância, adquiriam certo contentamento, visualizado através de sorrisos e de outras expressões positivas em seus rostos. Entre os 14 entrevistados, 13 reportaram-se com saudosismo para sua infância; apenas o médico M11 relatou com mais tristeza, porque seus pais eram muito doentes, e diz: *“O médico de família era muito procurado, minha mãe era muito doente e meu pai também, e ambos morreram cedo”* (M11).

Em segundo lugar, as respostas a esse questionamento permitiram-me conhecer se faziam uso de alguma prática integrativa ou complementar na infância, e o que seus familiares pensavam sobre o assunto. Em terceiro lugar, analisar de uma forma geral a influência familiar nos seus posicionamentos ou escolhas futuras relativas às Práticas Integrativas e Complementares. Essa pergunta me trouxe pistas indiretas sobre a trajetória de vida dos meus entrevistados.

Entre os 14 entrevistados, 11 relataram o uso de chás para os primeiros sintomas das doenças; três também faziam uso de benzedadeiras; dois relatam que iam ao farmacêutico; quatro usavam remédios caseiros preparados pelas avós; e três procuravam o médico em primeiro lugar. Os números superam o total de entrevistados porque uns responderam mais de um item.

Diante dos dados encontrados, convém que se faça um detalhamento sobre a prescrição fitoterápica. No nº 31 da série dos Cadernos da Atenção Básica (2012), encontra-se uma descrição sobre os insumos fornecidos para a implementação das diretrizes nacionais de fornecimento de plantas medicinais e fitoterápicos. Podem aparecer nas seguintes formas: planta medicinal fresca, *in natura*; planta medicinal seca (droga vegetal); fitoterápico manipulado; e fitoterápico industrializado.

O médico M8 relatou que só tomava alguns *“chazinhos”* quando ficava com a avó, por ocasião de viagens dos pais, e disse: *“Minha mãe era mais instruída e não usava chás”*.

Uma das médicas entrevistadas (F9) indicou que sua família tinha o hábito de utilizar tratamentos naturais, que seus pais ambos eram professores – o pai

professor universitário – e que teria sido uma decisão do seu pai seguir uma linha mais natural no tratamento da sua família, inclusive realizando seu parto em casa. F9 contou episódios de sua infância, como nesta fala a seguir:

Quando aos sete anos tive sarampo minha avó me deu chás, encheu de cobertor e, disse que isto passava e era uma coisa normal; quando torci o pé no colégio aos sete anos meu pai me levou num “arrumador de ossos”. Foi ótimo, o cara pegou de um lado e outro do outro lado, eu dei um senhor berro, mas ele colocou o osso no lugar. Após isto sua mulher fez uma batida de clara (albumina, né) e encheu o meu pé daquela albumina, enfaixou e em uma semana eu estava boa; quando adolescente meu irmão teve rubéola e, eu me encostava nele para pegar também, porque era bom ter que já ficava livre. (F9).

Ela disse que esta posição familiar teve uma forte influência na sua vida, levando a se tornar médica homeopata e naturalista. Continuei a conversa com a médica F9 e perguntei em que momento ela achava que as pessoas começaram a buscar mais os médicos. Ela respondeu:

[...] agora é tudo o médico. Eu atendo no Pronto Atendimento (PA), segunda-feira, portanto pós-fim de semana, que geralmente se excedem nos churrascos, misturam tudo e apresentam vomitórios. As mães não sabem identificar o tipo de vômito, não conhecem mais nada, isto parece que se perdeu. (F9)

A médica referiu que, em sua opinião, a mídia e os grandes laboratórios são os principais responsáveis por essas mudanças, pois os laboratórios pagam as matérias em revistas de grande circulação, onde criam um temor nas pessoas de que nada podem fazer, gerando uma insegurança e criando a necessidade de consultar, levando, com isso, ao consumo exagerado de medicamentos.

A médica F10 abordou alegremente o “xarope de jasmim” que sua mãe tomava quando pequena, o qual era feito por sua avó. E contou:

[...] este xarope era feito com as fezes de cachorro quando ficavam brancas, juntava outros ingredientes numa garrafa e enterrava, este era usado para problemas respiratórios, como bronquite. Eu caía muito quando pequena e minha avó passava óleo de mocotó nas minhas juntas e dizia que eu precisava “afumentar” as juntas. Este conhecimento está se perdendo, hoje as avós estão na balada. (F10)

A maioria dos entrevistados tinha boa saúde e verbalizou que raramente ficava doente. Apenas o médico M8 relatou que tinha asma e, portanto, precisava internar seguidamente devido às crises respiratórias. A médica F10 disse que sua família não ia a médicos, raramente ficavam doentes, só se fosse alguma coisa

grave, mas ela não lembrava. Disse que seu pai era militar, fazia corridas e se alimentava equilibradamente, complementando: *“tanto que estão até hoje muito bem”*. Segundo ela, é toda uma mudança de estilo de vida e muita disciplina, reforçando a palavra ‘disciplina’. Hoje, ela é uma médica dedicada à saúde pública.

S. Thiago (2009), em sua dissertação de mestrado intitulada ‘Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis’, descreve como resultado de suas entrevistas que o despertar do interesse pelas PICS foi decorrente de experiências familiares relevantes nesse aspecto.

As conclusões a que chego nessa primeira pergunta é que, independentemente de idade, classe social, residir em zona rural ou urbana, a maioria dos entrevistados usava chás caseiros para doenças leves na sua infância.

5.5 Conhecimento sobre as PICS

Apenas um dos entrevistados conhecia as PICS com esse nome, provavelmente por ser médica homeopata. Isso confirma minha hipótese inicial, de que os profissionais de saúde não conhecem as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por esse nome. Faço um questionamento da PNPIC, quando optaram pelo nome ‘Práticas Integrativas e Complementares’, se isso teve algum objetivo determinado e se ocorreu um estudo aprofundado para se chegar a esse termo. Será que com isso a política não está colocando tudo no mesmo rol, práticas milenares e outras de conhecimento recente e até duvidosas? São questões que não estão claras na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

A respeito da decisão de colocar determinadas práticas ou terapias sem um conhecimento amplo da coletividade, pergunto: A quem ou a que a inclusão dessas práticas ou terapias estaria beneficiando?

5.6 O que são as PICS

Dentre os 14 entrevistados, dez se referiram ao termo 'alternativo', acompanhado das palavras 'medicina' ou 'prática'; dois conheciam como 'homeopatia'; um como 'remédio caseiro'; e um apenas conhecia a expressão.

A enfermeira F3 respondeu que com este nome "*pomposo*" não conhecia, mas sim como medicina alternativa, fitoterapia etc.

A usuária do SUS F6 também se referiu ao termo como uma prática que integraria os médicos, hospitais e postos de saúde.

O médico M8 entende como integralidade e universalidade, relacionando com os princípios do SUS. Falou que uma "*área sozinha não resolve tudo, a medicina é uma fatia do bolo, todas as áreas têm que estar integradas para um bom funcionamento*". Acha que as práticas integram e complementam o trabalho médico e comenta que elas diferem uma das outras, pois umas são reconhecidas por seus conselhos de classes, outras nem conselho têm.

A médica F9 apontou que conhecia o termo PICS, mas referiu-se apenas a homeopatia, acupuntura e fitoterapia como integrantes da política nacional – a medicina antroposófica e o termalismo ela não lembrava. Questiono mais uma vez a formação da política e a inclusão de terapias de certa forma distantes do povo ou que representam anseios de uma parte pequena da população de alguns estados da federação.

A médica F10 referiu que veio uma pergunta sobre Práticas Integrativas e Complementares no questionário do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹⁵, do qual sua unidade de saúde faz parte. Mas ela desconhecia o termo até então e disse que na sua unidade eles não usam as PICS, porém apontou: "*o PMAQ veio com esta pergunta na auto avaliação e avaliação externa*".

¹⁵ O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

5.7 O que os pacientes narram aos profissionais de saúde que procuram antes da UBS

Faz parte da anamnese médica e de enfermagem a pergunta sobre o que se passou desde os primeiros sintomas até vir ao médico. O que chama a atenção é que, dos 14 entrevistados, 12 responderam que sua impressão é que os pacientes procuram em primeiro lugar a Unidade Básica de Saúde – essa resposta foi dada independentemente de o entrevistado ser agente comunitário de saúde ou profissional que trabalha predominantemente na UBS, embora possa acontecer que as informações relativas ao uso de PICS não sejam valorizadas pelos profissionais de saúde. Também o paciente pode omitir o uso de PICS, temendo que o profissional de saúde possa não entender ou até repreendê-lo. Dentre os meus entrevistados, apenas dois relataram ouvir casos de itinerário terapêutico fora da alopatia.

Um entrevistado respondeu ser o vizinho (M8) e uma entrevistada referiu que os pacientes da sua área procuram a benzedeira, a igreja evangélica ou a Pastoral da Saúde (F2). É preciso levar em conta que a microárea desta ACS (F2) é marcada pela presença de uma benzedeira, que exerce uma influência importante sobre a população das redondezas, por possuir conhecimentos importantes sobre as plantas medicinais e por manter uma horta onde cultiva várias espécies de plantas. Também essa mesma região é marcada fortemente pela presença de uma população de evangélicos.

Outra ACS (F1) relatou que o *“o pessoal de agora, não tem o hábito de procurar os curandeiros ou tomar chás, eles vão ao posto de saúde por causas banais”*. Na sua área ainda existe o uso de chás pelos idosos, e a igreja evangélica concede apoio ao sofrimento das pessoas. F1 continua: *“Os chás, as igrejas e as religiões é o que a população carente tem acesso, o restante (homeopatia, acupuntura), só para quem pode pagar”*.

A enfermeira F3, embora considere que os pacientes procuram em primeiro lugar a UBS, salienta que muitos evangélicos abandonam seus tratamentos sob a justificativa de que *“Jesus cura”*, trazendo consequências sérias para a saúde dos

pacientes. Contou que, quando trabalhava no CAPS¹⁶, um paciente com esquizofrenia abandonou o tratamento por conta dessa crença, piorando muito o quadro de sua doença.

A enfermeira F4, que trabalha em uma UBS, disse que os pacientes procuram a unidade por qualquer coisa, acha que eles acreditam bastante na medicina oficial. Seria por esse motivo que as UBS vivem lotadas, porque há cada vez mais uma centralização da cura nos profissionais de saúde. Muitas doenças que poderiam ser tratadas com medidas caseiras perdem seu espaço para um nível de atenção mais medicalizado.

O médico M8 disse que os pacientes, principalmente os idosos, primeiramente tomam os medicamentos que o 'vizinho' tomou para determinada patologia e só vão ao posto se não melhoram. Mas observa que os mais jovens procuram o posto em primeiro lugar.

Perguntei a M8, que é médico de uma UBS, sobre o que ele observa sobre as queixas dos pacientes. Coloquei a seguir nossa conversa:

Entrevistador: Pelas queixas trazidas você identifica que eles vieram logo ao médico ou que usaram outros recursos antes?

Entrevistado: Observo que eles procuram os vizinhos em primeiro lugar.

Entrevistador: Como assim?

Entrevistado: Eles tomam os medicamentos que o vizinho tomou para tal doença. Se não melhoram, então vêm ao posto.

Helman (2003) indica que na maioria das sociedades as pessoas que apresentam perturbações de saúde, sejam elas físicas ou emocionais, possuem várias possibilidades de obter ajuda. Esse socorro pode ser através de medidas caseiras próprias, amigos ou vizinhos, um curandeiro, um sacerdote ou consultar um médico. Dependerá dos recursos disponíveis em cada sociedade, que quanto mais urbanizada mais chance terá de oferecer esses recursos.

¹⁶ Centro de Atenção Psicossocial são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.

5.8 Doenças graves e o que foi procurado junto à medicina oficial

Essa pergunta teve como objetivo perceber o que os entrevistados entendem por Práticas Integrativas e Complementares e, identificar se possível nas entrelinhas das respostas sua posição em relação a elas. Apenas sugeri que relatassem casos bem ou malsucedidos do uso das PICS, juntamente à medicina oficial ou usada exclusivamente, a despeito de uso próprio, em familiares, conhecidos ou pacientes. Não sugeri nenhuma prática, deixei-os livres para fazerem seus relatos.

A maioria relatou um ou mais casos; apenas uma entrevistada disse que não lembrava no momento de nenhum caso. As respostas dos entrevistados ficaram assim distribuídas: tratamentos espirituais (seis); homeopatia/acupuntura/fitoterapia (seis); igrejas (quatro); plantas e medicina natural (um); simpatias/outros (dois). O número de respostas excede o de entrevistados, porque às vezes o mesmo entrevistado citava mais de um caso.

Como tratamentos espirituais foram agrupadas as respostas que se referiam a centros espíritas, cirurgias astrais, umbanda e curandeiros; como igrejas foram incluídas as católicas e as evangélicas. Procurei manter a divisão realizada pelos entrevistados, embora seja uma divisão êmica, pois eles separaram os tratamentos espirituais das igrejas. Sei que esses tratamentos também são considerados espirituais, mas nesse momento não é meu objetivo analisar tais diferenças.

5.8.1 Tratamentos espirituais

A agente comunitária de saúde F1 relatou que seu marido teve um problema muito sério de tireoide e que, além do tratamento oficial, realizou tratamento espiritual com bom resultado. A técnica de enfermagem F5 contou o caso de seu marido que, quando pequeno, curou-se da asma com um curandeiro da cidade de Livramento/RS, mas ela pareceu não concordar muito: *“se curou então não era asma”*. A usuária F6 afirmou que sua sogra tem uma terreira de umbanda na região onde mora. Embora ela não frequente, sabe que é muito procurada, principalmente *“quando a medicina não funciona”*, como ela disse.

O médico M8 contribuiu com alguns casos de uso de PICS, uns bem-sucedidos, outros não. Relatou o caso de uma paciente em Caxias do Sul que desenvolveu uma patologia denominada Síndrome de Guillain-Barré (SGB)¹⁷, doença que se caracteriza pela perda de movimentos, mas que regride após um tempo:

A paciente havia procurado antes um curandeiro que disse que ela melhoraria, mas quando a patologia começou a atingir a parte superior do corpo, ele disse que o caso não era mais para ele. Então ela internou na UTI. É explicado para a família o desenvolvimento da doença, que era doença autolimitada e que iria regredir. A família pediu para o curandeiro vê-la na UTI, o médico plantonista não autorizou, porque só era permitido visita dos familiares. Mas em outro plantão foi permitido a entrada do curandeiro na UTI. Após três dias a paciente melhorou, mas já estava prevista a melhora. Mas a paciente disse que melhorou por causa do curandeiro. As visitas do curandeiro eram pagas (cento e cinquenta reais) na época. (M8).

M8 contou que sua avó tem uma hérnia de disco importante, apresentando dores muito fortes. Ela realiza tratamento em Abadiânia/GO (centro de tratamento espiritual) e que retorna muito bem, mesmo não sendo aplicada terapêutica invasiva. O médico admitiu que considera muito importante a religião e a fé do paciente na sua recuperação e lembrou estudos que comprovam que a fé aumenta a imunidade e conseqüentemente a resposta do organismo às diversas patologias: *“rezar vai ajudar sim, este é o diferencial”*, comentou. Citou um exemplo da homeopatia, dizendo: *“Se o paciente me pergunta se funciona, eu digo, se você acredita que funciona, vai funcionar”*.

A ACS F14 trouxe o caso de uma vizinha, cujo marido apresentava uma doença grave e que, juntamente com o tratamento da medicina oficial, buscou ajuda no centro espírita kardecista, em cirurgias astrais, centro de umbanda e igreja evangélica. Mas não houve sucesso, e seu marido faleceu em seis meses.

Essa tendência de associar as PICS com religiosidade partiu dos entrevistados, pois esta foi uma das concepções que eles apresentam sobre tais práticas, e em nenhum momento eu referi essa relação. Isso me chamou atenção, porque, quando percebi, nossas conversas estavam incluindo a religiosidade como PICS.

¹⁷ Trata-se de uma doença de caráter autoimune que acomete primordialmente a mielina da porção proximal dos nervos periféricos de forma aguda/subaguda.

5.8.2 Tratamento com homeopatia, acupuntura e fitoterapia

A homeopatia e a acupuntura foram citadas pelos entrevistados. A ACS F2 relatou que tratou seu filho que é autista com homeopatia, principalmente no sentido de amenizar as convulsões e a depressão por ele apresentadas. Mas usava junto com a medicina oficial e acredita que ajudou bastante. Também comentou que, na vila, uma pessoa usa acupuntura para a obesidade e disse, sorrindo: *“Passa aqui cheia de agulhinhas”*.

A médica F9 contou um caso de um paciente infantil, que apresentava uma patologia denominada púrpura trombocitopênica idiopática, cujo tratamento requer o uso de corticosteroides. A mãe do paciente era farmacêutica e se negou a realizar o tratamento convencional, então usou a homeopatia com bons resultados. Relatou que no Congresso Nacional da Associação Brasileira de Reciclagem e Assistência em Homeopatia mais recente (CONABRAH-2012), foi apresentado o caso clínico de uma menina com fibrose cística, que apresentava internações de repetição. Foi utilizado exclusivamente o tratamento com homeopatia com resultados excelentes. A médica entrevistada apontou que os estudantes de medicina que acompanhavam o caso ficaram sensibilizados com os resultados obtidos.

A médica F10 relatou que sua avó fazia uso de fitoterápicos, principalmente a tintura de Castanha da Índia¹⁸, que usou durante toda sua vida.

A ACS F14 também trouxe o caso de uma paciente de sua microárea, que faz uso de acupuntura para problemas na coluna vertebral. Ela realiza o tratamento com cobertura de plano de saúde, pois explica que na sua área muitos pacientes são aposentados e dispõem desse tipo de cobertura particular. Ela ainda disse que os pacientes procuram a acupuntura, porque estão cansados de tanto tomar medicamento para dor. Relatou o caso de outra paciente que usa exclusivamente a homeopatia para tratar a asma, mas que procura a unidade de saúde quando está em crise: *“Quando está muito atacada, ela pula para cá também”*.

¹⁸ Castanha da Índia é um medicamento fitoterápico usado na prevenção e tratamento das insuficiências venosas crônicas, tais como, varizes e hemorroidas.

5.8.3 Tratamento nas igrejas

As igrejas citadas pelos entrevistados foram católicas e evangélicas. A ACS F1 descreveu que na sua área predominam os evangélicos e que a crença de que “Jesus cura” é muito corrente. Relatou casos de pacientes que abandonam seus tratamentos convencionais, porque o pastor disse que estava curada, retardando o tratamento de doenças graves como o câncer. Contou que inclusive já tentou dialogar com o pastor sobre a importância das medicações de uso contínuo dos pacientes.

A ACS F2 apontou que a religiosidade do povo da sua microárea é muito forte e que as igrejas evangélicas influenciam bastante a vida das pessoas, mas positivamente, segundo ela, principalmente na recuperação dos alcoólatras.

A enfermeira F3 comentou que seu namorado teve leucemia e que recorreu à igreja católica, fazendo novenas e muitas rezas, tendo bom resultado.

Alguns entrevistados referiram-se à atuação da Pastoral da Saúde da igreja católica como instrumento importante de ajuda à população através de chás, xaropes e orientação alimentar alternativa.

5.8.4 Tratamento com plantas e medicina natural

A enfermeira F4 expôs o caso de uma conhecida que apresentava câncer de intestino. Ela tratou com chá de graviola e alimentação natural (sem carne vermelha) e o crescimento do tumor estacionou.

5.8.5 Tratamento com simpatias e outros métodos não convencionais

O médico M8 contou uma experiência pessoal com uma massagista no município onde residia anteriormente. Procurou essa profissional porque apresentava pequeno desconforto na região lombar e também por recomendação de

seus amigos, que realizavam tratamento com ela. M8 contou que não revelou que era médico:

Ela não lavava as mãos e passava de um paciente para outro. Tinha um paciente ao seu lado que ela dava diagnósticos que não tinham nada a ver, dizendo verdadeiros absurdos. E, nisso tocou o telefone, e ela receitou por telefone um anti-inflamatório. Chegou outro paciente com mais ou menos 25 anos com um exame de ressonância magnética, que atestava rompimento de ligamentos cruzados de um joelho. E ela disse “este médico não sabe nada”, e começou a manusear o joelho do rapaz, e este urrava de dor. Eu simplesmente peguei minhas coisas e fui embora, não aguentei mais. Eu tinha referência de três amigos (não médicos) que possuíam as melhores impressões sobre a massagista, e que eram pessoas esclarecidas. Preocupo-me quanto ao misticismo do povo brasileiro, que acredita em tudo, mesmo as pessoas esclarecidas caem em golpes, imagina o povo menos esclarecido. (M8)

Esse relato traz um problema muito sério, que é o controle do exercício das Práticas Integrativas e Complementares. Por esse motivo, o Ministério da Saúde e os estados e municípios têm sido orientados no sentido de incluir nos seus serviços aquelas PICS que possuem um reconhecimento por conselhos profissionais.

A médica F10 descreveu que sua irmã tinha asma severa e que sua avó fazia uma simpatia que se chamava “breve”, que era uma trouxinha de pano com algumas ervas dentro, que as pessoas usavam no pescoço. Era como um talismã feito de ervas, indicado na cura de várias moléstias, incluindo a asma. Contou que sua irmã não aguentava mais usar os “breves”, pois tinha que usar no pescoço embaixo da roupa. Também utilizaram muitas simpatias e xaropes, como as garrafadas, entre outras.

Segundo Helman (2003), o setor informal de assistência à saúde, constituído pela família, é onde primeiramente se define a falta de saúde e são iniciadas as atividades de cuidado. Inclui um conjunto de crenças sobre como manter a saúde e coloca: “em algumas sociedades, a saúde também é mantida pelo uso de talismãs, amuletos e emblemas religiosos para afastar o azar, inclusive as enfermidades inesperadas, e atrair sorte e saúde” (ibidem, p. 73).

5.9 Uso das PICS no sistema público de saúde

A pergunta sobre a implantação das PICS nas Unidades Básicas de Saúde foi deixada propositalmente para o final das entrevistas, pois considero que ela reflete a verdadeira concepção do entrevistado sobre tais práticas, caso ele não tenha expressado sua posição através de suas falas anteriores.

Nenhum dos entrevistados foi totalmente contra, mas a maioria concorda, com restrições, que pode ser exercida por qualquer profissional da saúde, desde que devidamente capacitado. Como principal ponto positivo, eles colocam a garantia de acesso às PICS aos usuários do SUS. Os pontos negativos apresentados estão: o aumento de trabalho para os profissionais da UBS; vigilância sanitária atual frágil; e a falta de capacitação dos profissionais de saúde. Isso pode ser evidenciado através das falas dos entrevistados.

Como relatou F6, que é usuária do sistema de saúde: *“Eu preciso fazer acupuntura, porque tenho fibromialgia, mas não posso fazer, porque é paga”*.

A ACS F2 considera que as referidas práticas teriam dificuldades de ser implantadas nas UBS, porque geraria mais serviços além do que já possuem.

Entre os 14 entrevistados, sete referiram que a capacitação dos profissionais é um fator imprescindível para sua implantação. A técnica de enfermagem F7 considera importante a presença das PICS nas UBS, mas fez uma pergunta: *“Será que os pacientes irão aceitar? Eles gostam da cura imediata, e os medicamentos naturais demoram para agir”*.

O médico M8 expressou que a introdução das PICS por profissionais não habilitados poderá levar a uma situação sem controle. Ele disse: *“É difícil controlar o que já se tem estabelecido, nem os médicos são controlados, aparecem um monte de médicos picaretas”*. Acha um perigo no Brasil e salientou que, *“ao invés de solução poderá ser um problema”*, mas concorda que seria muito importante a criação de centros de referência de tratamentos. Ele acrescentou:

[...] problemas de saúde poderão aumentar, devido ao risco dos pacientes serem tratados erroneamente. A primeira grande regra do tratamento médico é não piorar o paciente: “se eu não sei, eu não mexo”. Será que os outros profissionais terão este discernimento? Outras áreas poderão prescrever, mas com preparo desde a faculdade, por exemplo, com disciplinas de farmacologia. Mas acho fundamental que estes profissionais possam assumir a responsabilidade quanto às consequências dos efeitos

destas práticas e suas interações com outros medicamentos ou efeitos adversos. (M8)

A médica homeopata F9 relatou seu temor em relação às PICS no sistema público de saúde, dizendo: *“Tenho medo que as coisas sejam feitas de forma irresponsável”*. Salientou que, quando procurou a especialização em homeopatia, optou por um curso sério, baseado nos estudos da fisiopatologia das doenças. E disse:

Não consigo enxergar como a homeopatia possa ser feita por quem não tem a formação médica. Tem regiões do Brasil que outros profissionais praticam a homeopatia, mas considero uma irresponsabilidade, conhecendo a profundidade do estudo da Homeopatia. Esta história de que se “bem não faz, mal não faz” não é verdade, pois existem as falsas dominâncias que podem mascarar doenças graves. (F9)

F9 continuou falando das interações medicamentosas que podem ocorrer com o uso de fitoterápicos com outras drogas, pois mesmo fitoterápicos têm seus efeitos colaterais. Apontou também a escolha espontânea do paciente em relação ao médico que é mais ‘natural’. E colocou que os pacientes dizem: *“A senhora é mais natural, não gosta de encher de remédios”*.

Enquanto conversávamos, uma das entrevistadas, que é técnica de enfermagem (F5), relatou que, durante esse ano que trabalhou na UBS, apenas um paciente pediu que ela receitasse um chá e que isso não é comum. Mas ela se negou a prescrever tal tratamento, devido ao fato de não estar autorizada a receitar na sua UBS. Nesse momento, ela se deu conta da importância do uso dos chás concomitantemente com os medicamentos da medicina oficial e os efeitos que poderão causar no curso das doenças e me disse: *“A partir de agora vou perguntar se fazem uso de chás ou outras terapias junto com o tratamento”* (F5). Isso me leva à reflexão de que toda pesquisa, mesmo não sendo uma pesquisa-ação, por si só leva a uma mudança nas atitudes dos entrevistados. As perguntas do questionário fazem com que o entrevistado reflita sobre suas considerações a respeito de um assunto, podendo ocorrer uma mudança de atitude em relação ao mesmo.

5.10 Ato médico e as PICS

Vários entrevistados referiram-se ao Ato Médico. A enfermeira F4 salientou que fica preocupada com o exercício e a legalidade dessas práticas que poderão acarretar problemas entre os profissionais de saúde, referindo-se ao Ato Médico.

O Ato Médico é um tema importante de ser analisado em relação à PNPIC, assunto palpitante no momento e que causa preocupação com os rumos que poderão tomar a profissão médica e sua relação com outras categorias profissionais.

Atualmente, são 14 as profissões da saúde, excetuando-se a Medicina, que é a mais antiga delas; todas as outras já foram regulamentadas por leis específicas, que definem as suas atribuições e competências.

A proposta do Ato Médico tramita desde 2002. O Projeto de Lei do Senado (PLS) 268/02 foi apresentado no Senado Federal em 2006. Na Câmara dos Deputados, o texto foi aprovado em 2009, mas com uma redação modificada, por isso retornou ao Senado, onde tramita desde 2010. Nesta casa legislativa, o substitutivo da Câmara foi aprovado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), em fevereiro de 2012, e em dezembro pelas comissões de Educação e Esporte (CE) e de Assuntos Sociais (CAS). Agora, o projeto de lei será votado em plenário. Após sair do Congresso Nacional, a matéria segue para sanção presidencial, para tornar-se lei federal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012). O ministro da saúde Alexandre Padilha afirmou que “A regulamentação protege a prática médica, mas também valoriza os demais profissionais de saúde” (ibidem, p. 7).

Segundo Luz e Barros (2012), o movimento das Medicinas Alternativas, Complementares e Integrativas (MACI), como denominam, tem promovido a identificação e a construção de identidades sociais. Eles dizem que existem três conjuntos de atores:

[...] os que se opõem e lutam contra, os que se identificam e defendem e os que ainda estão/são indiferentes. Ao identificar os atores, ficam claras as disputas no interior do campo, pois nesse movimento emergem os grupos contra quem lutam, especifica-se quem representam e em nome de que valores gerais o fazem. (ibidem, p. 287).

Neste momento, não poderia deixar de falar sobre a definição de *campo* de Pierre Bourdieu, para poder entender as discussões sobre o Ato Médico. Segundo Corcuff (2001), Bourdieu concebe as instituições como configurações de relações entre atores individuais e coletivos. E diz:

O campo é uma esfera da vida social que se autonomizou progressivamente através da história, em torno de relações sociais, de conteúdos e de recursos próprios, diferentes dos de outros campos. As pessoas não correm pelas mesmas razões no campo econômico, no campo artístico, no campo jornalístico, no campo político ou no campo esportivo. Cada campo é então, ao mesmo tempo, *um campo de forças* – ele é marcado por uma distribuição desigual dos recursos e logo, por uma relação de forças entre dominantes e dominados – e *um campo de lutas* – os agentes sociais se confrontam ali para conservar ou transformar esta relação de forças. (CORCUFF, 2001, p. 53).

No campo da saúde, observa-se que o médico possui um capital simbólico, que lhe dá um poder sobre as outras profissões no constructo social, perpetuando comportamentos destinados a manter esse prestígio no campo da saúde. Existem lutas entre enfermeiros e médicos, fisioterapeutas e médicos etc. Esses conflitos têm sido bastante intensificados com relação à acupuntura, que o Conselho Federal de Medicina reconhece apenas como uma especialidade médica.

Pensando ainda em Bourdieu, pode-se dizer que, no campo da saúde, as profissões possuem seus próprios *habitus*, muitas vezes significando diferenças de paradigmas, constituindo campos de luta. As políticas públicas de saúde têm manifestado um esforço no sentido de integrar e complementar as ações de saúde, mas há ainda um caminho tumultuado a ser entendido e seguido.

6 A BUSCA POR TRATAMENTOS INTEGRATIVOS

A partir da análise das entrevistas, surgiram conceitos ou categorias que se destacam como o resultado desta trajetória de pesquisa e que merecem ser analisados e esmiuçados com mais cuidado. Representa o resultado da pesquisa, uma contribuição aos estudos do tema ou simplesmente somar e servir de comparação aos estudos existentes.

6.1 Medicalização social

Falar de medicalização sem falar de Ivan Illich (1975) no mínimo seria uma falta de conhecimento na área. Segundo o autor, a medicalização da vida é insalubre por três motivos: primeiro, a excessiva intervenção técnica retira do organismo do paciente características que poderiam ser denominadas de saúde; segundo, todas essas intervenções necessitam de uma organização que se transforma em uma máscara sanitária; e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar para si o indivíduo, nega-lhe o poder de controlar tal sistema. Illich complementa:

A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado. (ibidem, p. 6).

Os entrevistados manifestaram preocupações através de suas falas. A ACS F2 falou do excesso de medicação tranquilizante e antidepressiva que é receitada pelos médicos na sua comunidade. Segundo ela, poderia haver outro caminho, ou seja, um tratamento mais natural. Ela disse, tristemente: *“pessoas novas que estão sendo dopadas”* (F2).

Observo esse é um problema geral, a medicalização da ‘tristeza’ com o uso indiscriminado de antidepressivos. Também se usam excessivamente tranquilizantes para ansiedade de qualquer tipo, principalmente relacionadas ao pouco tempo disponível para as consultas, devido a uma demanda excessiva de pacientes,

acarretando uma verdadeira medicalização indiscriminada da sociedade. Não é só culpa dos médicos, mas de todo um sistema de saúde ainda desajustado e também de interesses econômicos das grandes indústrias farmacêuticas.

A medicalização social seria “um movimento complexo com múltiplas facetas, que vai do nosso dia a dia até abstratas questões epistemológicas, históricas, filosóficas, políticas, culturais e sociológicas” (TESSER, 2010, p. 11).

Bourdieu (1983), citado por Tesser (2010), define campo através da identificação dos objetos de disputas:

Como todas as sociedades estão interessadas na minimização das enfermidades, passam a existir disputas entre as diferentes formas de cuidado, por reconhecimento social, importância simbólica e recursos econômicos e técnicos. (BOURDIEU, 1983 apud TESSER, 2010, p. 212).

A médica homeopata F9 relatou suas preocupações a respeito de o paciente procurar as unidades de saúde, pois isso pode levar a um excesso de medicalização. Afinal, o paciente insatisfeito com determinados atendimentos vai procurando várias unidades de saúde e pronto atendimento. E acrescenta:

A cultura do PA¹⁹ é uma coisa terrível para a infância. O acesso é fácil e com isso a medicalização é demais. Quanto mais tu vais ao médico, mais tu recebes medicamento. Atendi o caso de um bebê que com menos de um mês de vida, a mãe abriu a sacola e, despejou mais ou menos uns quinze medicamentos. Isto é trágico, um absurdo! (F9)

Nesse momento, vale lembrar que o aumento de acesso no sistema público tem suas vantagens, por permitir que as pessoas tenham como consultar os profissionais de saúde, mas por outro lado pode também beneficiar a indústria farmacêutica, pois quanto mais acesso aos serviços de saúde mais receitas são emitidas. Enquanto os médicos e pacientes não tiverem a conscientização de que nem todos os sinais e sintomas precisam ser tratados com medicamentos, isso persistirá causando muitas outras doenças que poderão advir do próprio uso indiscriminado de medicamentos.

O médico M11 considera que os pacientes buscam a unidade de saúde para renovar suas receitas e buscar remédios. Ele mostra uma receita com um número exagerado de medicamentos de um mesmo paciente, que vai à unidade apenas para renovar suas receitas. Mas, pondera: “[...] *ele tem oitenta anos e está compensado com todos estes medicamentos, eu não me arrisco a retirar*” (M11).

¹⁹ Pronto atendimento.

Este é um fenômeno observado em todas as Unidades Básicas de Saúde, com ou sem Estratégia Saúde da Família: o número excessivo de receitas controladas, medicamentos de uso contínuo que são renovados, muitas vezes sem exames ou acompanhamento. Provavelmente isso está sendo realizado devido à falta de tempo para reavaliação dos pacientes, por conta de uma demanda excessiva ou pela falta de profissionais para a composição das equipes de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde.

As práticas integrativas e complementares poderiam contribuir para diminuir essa medicalização, por considerar o sujeito em suas singularidades e de forma não fragmentada. Tesser (2010) apresenta as PICS ou MAC (Medicina Alternativa e Complementar) como uma “estratégia desmedicalizante” para minimizar a medicalização no SUS.

Mas, neste momento urge que se façamos algumas críticas a respeito da implementação das PICS nos sistemas de saúde. As dúvidas que ficam seriam: porque as PICS precisam ser incorporadas aos serviços de saúde, isto é, submetidas aos seus preceitos? Porque elas não podem ser reconhecidas no seu ambiente próprio, nos seus espaços de atendimento? Será que ao serem transportadas para os serviços de saúde não perderiam parte de sua magia? Será que esta magia não faz parte de suas peculiaridades e da própria natureza espiritual do ser humano?

6.2 Religiosidade e saúde

Neste momento, recorro ao Conselho Federal de Medicina, órgão regulador da profissão médica, que em seu Jornal Medicina, de novembro de 2011, publicou uma matéria sobre religiosidade sob o título ‘Medicina busca novas interfaces’, no qual se aponta:

Não há que existir incompatibilidades entre fé e a razão, entre a crença e o conhecimento científico no ensino, nem no exercício da profissão médica, desde que respeitados os princípios básicos irrefutáveis da boa prática médica. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011, p. 11).

Vários entrevistados fizeram referência à religiosidade como forma de tratamento. Isso ocorreu por parte deles, sem que eu perguntasse ou me referisse a esse tópico. Notei em várias entrevistas uma relação forte com religiosidade ou espiritualidade, como já relatei no capítulo 5.

Há estudos que demonstram que os pacientes utilizam a religião para o enfrentamento de suas doenças. Segundo Koenig (2004), um estudo realizado na Duke University Medical Center, na Carolina do Norte, com 337 pacientes dos serviços de neurologia, cardiologia e medicina geral, aproximadamente 90% referiram o uso da religião para enfrentar suas doenças, e 40% relataram que esse foi o fator mais importante.

Volcan e outros (2003) conduziram um estudo brasileiro, cujo objetivo era examinar o bem-estar na saúde mental de estudantes de Medicina e Direito da Universidade Católica de Pelotas/RS. Esse estudo mostrou que a maioria dos alunos (80%) apresentava uma crença espiritual ou religião. Os indivíduos com bem-estar espiritual baixo e moderado estavam mais propensos a apresentarem transtornos psiquiátricos menores. Os autores desse estudo concluem que é importante o incentivo às práticas religiosas e espirituais como fator de promoção à saúde mental.

Cumpra aqui também abordar sobre o misticismo do povo brasileiro, assunto levantado pelo médico M8, que manifestou sua preocupação em relação à implantação das PICS:

Povo brasileiro é muito místico e crente. Acredita. Se disserem que tem um método que emagrece, por exemplo, eles vão. As pessoas não querem emagrecer, querem ser emagrecidas. Não querem ter esforço, querem algo mágico. Isto poderá ser usado para aproveitar a boa fé das pessoas. (M8)

Nesse sentido, a implantação da PNPIC poderá ajudar para diminuir possíveis ações de prevaletimento em relação aos usuários, pois, uma vez se tornando conhecida e controlada dentro das possibilidades dos sistemas públicos de regulação, essas ações poderão ser diminuídas.

Alves e outros (2010) referem-se à religião como um fator psicossocial e um benefício biológico na recuperação de doenças físicas e mentais. Para os autores, os mecanismos que levam os indivíduos a receberem lucros dependem da fé de cada um. Pesquisas nessa área devem ser abordadas pelo público leigo, por profissionais de saúde, comunidade científica e clero.

6.3 Perda da tradição oral e mídia

Alguns entrevistados referiram-se à mídia como fator importante da automedicação e da desvalorização de valores herdados pela tradição oral de conhecimentos populares. Segundo Metcalf, Berger e Negri Filho (2004), no Brasil a medicina tradicional refere-se ao sistema informal da medicina popular:

Medicina tradicional é o conjunto de conhecimentos, ações e procedimentos que constituem patrimônio cultural da população. Está baseada em uma tradição oral de princípios, normas ou tabus que alguns terapeutas de medicina tradicional transmitem mediante um sistema de “tutorado”, geralmente de linhagem familiar. (ibidem, p. 160).

A medicina tradicional é praticada por raizeiros ou ervateiros, curandeiros, rezadeiras, sacerdotes de religião como a umbanda e o candomblé, médiuns espíritas, pastores pentecostais, religiosos católicos e parteiras. Esse conjunto de terapeutas ocupa um importante lugar no sistema informal, devido principalmente à falta de acesso aos serviços de saúde, ao preço elevado dos medicamentos, à dificuldade de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde etc. Não são só esses fatos que fazem com que essa medicina continue, mas também existe um corpo próprio de conhecimentos que se transmitem ao longo dos tempos.

A principal justificativa de a medicina tradicional continuar existindo “está em ser fruto de uma cosmovisão, de uma cultura compreensível e confiável para certos pacientes” (Ibidem, p. 161). Ainda de acordo com os autores, há um processo de diluição da medicina tradicional, devido a uma quebra da corrente de tradição oral.

A técnica de enfermagem F7 falou muito do tempo que trabalhava em uma farmácia – inclusive durante a entrevista ela apontou várias vezes sua experiência no balcão de farmácia. Relatou que as pessoas usavam bastantes medicamentos fitoterápicos, homeopáticos e chás para emagrecer, baixar o colesterol e uma infinidade de situações. E que a mídia funciona de uma maneira importante, pois, quando na televisão ou rádio anunciavam um medicamento, as pessoas corriam para manipular. E disse: *“todos querem medicamento natural”* (F7).

A médica homeopata F9 considera que se criou esta ideia de que tudo é *“natural e, como se as práticas fossem todas naturais, vamos tirar esta ideia”*.

Segundo Perurena (2001), a biomedicina, apesar de ser representante dominante do paradigma hegemônico, sempre conviveu com outras práticas terapêuticas que não possuíam a sua racionalidade:

As camadas populares, e também as não tão populares assim, nunca deixaram de tomar os chás que lhes foram ensinados por seus avós, nunca deixaram de frequentar a sua benzedeira, e depois da década de sessenta embebidos pela contracultura, os setores médios também puderam fazer valer a sua concepção de saúde-doença via apropriação da acupuntura, homeopatia, e medicina floral, entre outros. (PERURENA, 2001, p. 15).

Segundo Illich (1975), os pacientes estão perdendo o hábito de procurar o seu ervanário, pois os medicamentos tomaram conta do mercado. O autor fala da automedicação, devido à impossibilidade, nos países pobres, de os pacientes encontrarem-se cara a cara com os profissionais de saúde, acabando por se automedicarem, com consequências possivelmente danosas. Também a mídia influencia muito os médicos que, assoberbados de trabalho, acabam seguindo o que os laboratórios indicam, sem muitos questionamentos. A situação pode ser considerada caótica, com pacientes se automedicando, médicos receitando sem critérios e efeitos colaterais que se apresentam como uma nova forma de doença, conseqüente ao uso indiscriminado de medicamentos.

Pergunto: não é hora de refletirmos sobre tudo isso? Leigos, curandeiros e profissionais de saúde podem se dispor a estudar e compreender os vários mecanismos de atuação e interação dos medicamentos.

6.4 Relação médico-paciente como fator de cura

Apesar de todas as dificuldades de que se tem conhecimento na relação médico-paciente, a consulta ao médico ainda tem um valor fundamental para a tranquilidade diagnóstica do paciente. Também aqui não poderia deixar de fazer referência aos outros profissionais de saúde que – cada um no seu núcleo de conhecimento – fornece esclarecimentos e tranquilidade aos pacientes.

Mesmo com toda a tecnologia dura que contribui para o afastamento da relação médico-paciente, ainda se faz presente a necessidade de confiar seus problemas ou sua saúde ao outro. Cada vez mais se discute a questão do

autocuidado e da promoção da saúde, os quais estão diretamente relacionados a esse assunto.

Como contraponto a esse item, Illich (1975) considera que os médicos são muitas vezes nefastos para os pacientes, embora os próprios pacientes não percebam isso, pois suas doenças iatrogênicas ficam encobertas pelo saber científico. Mas não é esse aspecto que estou analisando aqui e, sim, o lado mais positivo dessa relação.

A médica homeopata F9 considera que muitos pacientes desconhecem as PICS: *“As pessoas simples vêm aqui no posto e aceitam a homeopatia sem saber o que é. Elas não têm conhecimento, basta terem confiança no médico”* (F9). Ela contou que avisa que vai dar umas gotinhas e no mês seguinte os pacientes voltam, dizendo que melhoraram, sem se importar se o tratamento era alopatia ou homeopatia. F9 citou um exemplo:

[...] um bebê de cinco meses, que chegou à unidade em tratamento com dermatologista para um eczema atópico. Estava usando vários medicamentos e não apresentava bons resultados. Receitei um tratamento com “gotinhas” e disse que a paciente precisava comprar, pois o SUS aqui em Santa Maria não fornece o medicamento homeopático. A paciente aceitou. A pele começou a limpar e a menina ficou ótima. A paciente disse que a doutora deu um remédio que fez bem, mas nem sabe o que era. Esses dias a paciente falou: doutora quero que a senhora dê este tratamento bem bom para outra Fulaninha, que está precisando com problemas respiratórios. Fica com o nome de “gotinhas” e eles não questionam. O paciente quer apenas resultado bom e de confiança, interessa é tu mostrar resultados e confiança no profissional. (F9)

Neste ponto, penso ser relevante abordar sobre um pequeno livro de Zanetti (2006), cujo título é ‘O médico que não sabia fazer bilu-bilu’. Trata exatamente desse ponto a mais que todo médico, ou melhor, que todo profissional de saúde deveria dispor para se comunicar com seus pacientes. O autor narra, através de uma pequena história ilustrada, as dificuldades de um jovem médico e o relacionamento com seus pacientes. ‘Bilu-bilu’ quer dizer atenção, deixar de ser técnico por uns instantes e conversar com os pacientes de uma maneira que entendam o processo de sua doença, o tratamento, os remédios e a cura.

Para contribuir nesse entendimento, reporto-me ao sociólogo Paulo Henrique Martins, que em seu livro ‘Contra a desumanização da medicina’ aborda o tema à luz de Marcel Mauss. O autor traz a discussão sobre o dom da dádiva e a consulta médica. Na dádiva médica, a efetivação do ciclo de reciprocidade entre curador e doente, o objetivo final é a entrega pelo paciente do seu mal ao curador. O paciente

vê o curador como alguém com capacidade para entender seus sofrimentos e devolver o dom da cura:

O paciente projeta-se no médico e deposita nesse a esperança da cura de uma doença cuja sintomatologia é impregnada de medos, expectativas e sonhos de saúde. Nessa representação tão comum na prática médica, o interesse utilitário e a racionalidade instrumental ficam necessariamente em planos secundários com relação aos dons simbólicos que circulam por palavras e silêncios, por gestos e atos falhos, por olhares, cheiros, escutas e toques. (MARTINS, 2003, p. 70).

O escritor fala dessa ambivalência entre técnica e magia, que não desaparece com a alopatia. Cita o exemplo da prescrição de um medicamento, que seria o momento do combate técnico à doença, mas essa cura não é tão técnica como demonstra o discurso oficial. Ele salienta que “existe entre as partes envolvidas um componente mágico muito importante, o da confiança do doente na competência do profissional e na capacidade deste de eliminar o mal” (ibidem, p. 81). E essa confiança não se dá pelos títulos acadêmicos, mas pelo voto que o doente faz para o médico, que é simbólico, demonstrando uma atitude de fé.

Um exemplo disso é o efeito placebo, tão discutido e usado na prescrição médica. O placebo é um medicamento cuja eficácia é conseguida através da ‘sugestão’, sem possuir o princípio ativo. A respeito desse assunto, o médico M8 contou: “um pesquisador neurologista estudou cefaleia tensional e relata que 100% cura com placebo”.

Outro tema relacionado diz respeito aos médicos que professam algum tipo de religião – a delimitação entre o que é meramente científico e o que é religioso pode se tornar difícil. Suas orações nos momentos difíceis ficam encobertas pelo tratamento puramente científico, mesmo que isso não seja racionalmente admitido.

Contudo sabe-se que esse ‘dom da cura’ está muitas vezes distante do acima citado, principalmente pelo comprometimento técnico e pelos ganhos utilitários da medicina atual. Devido a isso, os defensores dessa nova medicina, chamada ‘humanista’, acreditam que os cuidados médicos continuam a ser determinados por elementos não apenas racionais e científicos, mas também simbólicos e subjetivos (ibidem).

Uma consulta pode envolver muito mais do que podemos imaginar. É uma relação na qual circulam interesses, crenças, magias e um depósito de interesses mútuos invisíveis e imperceptíveis que poderá levar à cura ou ao insucesso. Nesse

sentido, não importa se há uso de homeopatia ou alopatia; o que influi muito é a qualidade da relação estabelecida e a confiança no curandeiro e a fé e confiança do paciente.

O célebre artigo de Lévi-Strauss (2008) sobre a 'eficácia simbólica' ilustra muito bem essa ideia. Estudando tribos indígenas, o autor mostra que, para que ocorra a cura xamânica, ancestral de qualquer tratamento terapêutico, é necessário que essa situação seja pensada em termos afetivos:

A carga simbólica de tais atos torna-os próprios para constituírem uma linguagem: certamente, o médico dialoga com seu doente, não pela palavra, mas por meio de operações concretas, verdadeiros ritos que atravessam a tela da consciência sem encontrar obstáculo, para levar sua mensagem diretamente ao inconsciente. (LÉVI-STRAUSS, 2008, p. 216).

Nesse sentido, as Práticas Integrativas e Complementares poderiam suprir esses espaços de ligação entre os indivíduos envolvidos na relação paciente-curador.

6.5 Integralidade

Chego ao momento de finalizar este texto. Propositamente, deixei para o final a abordagem dessa concepção de integralidade, encontrada nas entrevistas. A integralidade é um termo que os profissionais da saúde pública ou coletiva conhecem bem, ou melhor, escutam muito.

A Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, aponta o seguinte no item IV, dos seus fundamentos e diretrizes:

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo

de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

A integralidade é um termo que serviu de amparo a discursos políticos, promessas ou simplesmente para enriquecer textos que ficaram vazios, sem sair do papel. Mas, como se vê no texto acima, a integralidade é bem abrangente e começa aos poucos a tomar forma e enriquecer a prática diária dos trabalhadores da saúde. Porém continuo afirmando que a integralidade é bonita no papel e no discurso, mas difícil de ser implementada nas redes de assistência à saúde.

A médica homeopata F9 salientou a importância da interação dos terapeutas que tratam um paciente, dizendo: “*O paciente é um só, meu Deus, não pode ser repartido em pedacinhos*”. O importante seria o diálogo entre os profissionais e uma integração no atendimento ao paciente.

A ACS F14 considerou que os profissionais que exercem as PICS poderiam ser integrados às equipes multidisciplinares que atuam nas UBS e disse que a ideia seria integrar.

O médico M8, em sua citação no capítulo 5, fez referência às PICS como integralidade e universalidade, associando-as aos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

A usuária F6 do SUS referiu-se às PICS como “*uma prática maior do serviço que integraria os médicos, hospitais e os postos de saúde*”. Ela também falou de integralidade, embora de uma maneira mais sucinta.

Seguindo ainda essa linha de pensamento da saúde coletiva, o Conselho Nacional (CONASS) menciona a integralidade na Atenção Primária em Saúde (APS):

A integralidade na prática da APS pressupõe um mergulho na complexidade do sujeito, partindo do sofrimento do indivíduo e indo ao encontro da teia de relações causais e do contexto de vida das pessoas, proporcionando uma aproximação aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Essa aproximação, muitas vezes originada do encontro de um integrante da equipe de saúde com um usuário em um contexto clínico, deve ser o primeiro passo para o enfrentamento desses condicionantes em nível individual e coletivo. (BRASIL, 2011b, v. 3, p. 55).

Segundo Barros (2008), a medicina integrativa para autores principalmente norte-americanos e ingleses não é simplesmente sinônimo de medicina complementar. A medicina integrativa enfoca a saúde mais do que doença e

tratamento. Ela vê os pacientes como um todo, incluindo mente, espírito e corpo, fazendo parte do diagnóstico e do tratamento. Também envolvem pacientes e médicos trabalhando juntos para manter a saúde, com proposta na mudança do estilo de vida. Para esclarecer e complementar o alcance da medicina integrativa, Barros cita as palavras de alguns autores, os quais concluem que

[...] estes programas vão produzir mudanças fundamentais na forma como os médicos são treinados porque medicina integrativa não é apenas para ensinar médicos a usar fitoterápicos em vez de medicamentos industrializados. Ela restaura valores centrais que têm sido erodidos pelas forças sociais e econômicas. Medicina integrativa é boa medicina e seu sucesso vai ser assinalado. A medicina integrativa de hoje poderá ser a medicina do novo milênio. (LESS; WEIL, 2001 apud BARROS, 2008, p. 233).

Falar de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e não falar de integralidade não tem sentido, pois essas práticas terão que percorrer os caminhos da integralidade entre os profissionais da saúde e também entre os profissionais que não pertencem à saúde. Integrar e complementar ações são muito difíceis nos atuais sistemas de saúde voltados para o trabalho e muitas vezes centrados em uma pessoa ou divididos em caixinhas ou compartimentos, caminhando lado a lado sem uma comunicação. Esse é o desafio!

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste trabalho demonstra o que está ocorrendo na área da saúde em relação às PICS, cuja implantação ainda é tímida e de forma isolada, sem o conhecimento da gestão municipal ou pelo menos não oficialmente.

Este é um trabalho que reflete um pouco dos desafios que enfrentei enquanto médica e professora de saúde coletiva para me inserir em uma área nova. Nesse sentido, fiz um esforço em não delegar nenhuma atividade a terceiros, seja na realização das entrevistas ou na própria transcrição das mesmas. Cada detalhe foi pensado, programado e vivenciado por mim (com a supervisão da orientadora), pois fiz questão de trilhar cada passo por conta própria para poder entender e sentir as dificuldades do campo e dos meus entrevistados.

Quando iniciei o primeiro capítulo, estava imbuída de sentimentos quase nacionalistas em relação à política (PNPIC). Eu queria defendê-la de qualquer maneira, pois, como médica de saúde pública, sentia-me com esse dever. Possuía uma mentalidade do tipo 'fora das PICS não há salvação'. À medida que o tempo passou, fui descobrindo outro mundo paralelo, mostrado a partir do referencial teórico e da pesquisa de campo.

Consegui distanciar-me do meu objeto de pesquisa e estudar uma política pública que de certa forma estava sendo imposta e que apresentava uma distância dos usuários. As pessoas nem sabiam do que se tratava. E, se ela pretende ser uma alternativa ou uma complementaridade, necessita se aproximar do povo, escutá-lo e conhecer seus anseios.

Através das entrevistas, pude observar que as pessoas em geral usam os chás para as doenças banais, atitude que é fruto da tradição oral de conhecimentos, embora isso esteja se perdendo. As doenças graves são tratadas pela medicina oficial, mas não exclusivamente.

Durante a pesquisa, observei que, ao perguntar ou colocar em contato o conhecimento das PICS, eu despertava nos interlocutores atitudes no ambiente de trabalho que antes não eram cogitadas. Um exemplo disso foi a técnica de enfermagem, que relatou que perguntaria aos pacientes sobre o uso de fitoterápicos, por entender que estes poderiam interferir nos sinais e sintomas apresentados.

Quanto às minhas hipóteses iniciais, a primeira questão que tratava do conhecimento dos profissionais de saúde sobre as PICS foi confirmada; isto é, os profissionais não têm conhecimento sobre as PICS com esse termo. Mas a segunda hipótese não se confirmou, pois os profissionais de saúde não apresentaram a aversão que eu esperava encontrar. Muitos foram bastante favoráveis, outros as aceitavam de uma maneira mais tímida, mas não se posicionaram contra.

A concepção que os entrevistados apresentam sobre as PICS é que são tratamentos mais naturais e, a sua aceitação está ligada principalmente a este aspecto. Diferentemente, da proposta da PNPIC que além de oferecer um tratamento mais natural aos pacientes, principalmente vê nas práticas possibilidades econômicas mais viáveis para suprir a demanda enorme de pacientes sem acesso e resolutividade nos serviços de saúde.

Vários questionamentos surgiram em relação às PICS, e alguns ficaram sem respostas, outros foram respondidos de modo contrário ao que eu esperava. Independentemente de ser PICS ou medicina oficial, enquanto médica e professora acredito que o que se precisa é de uma medicina mais humana e voltada ao cidadão. Criam-se PICS, mas continuam incentivando os grandes laboratórios de medicamentos alopáticos, preferindo a alta tecnologia em detrimento da atenção básica.

Todavia a integralidade da atenção em saúde é o grande objetivo, seja através da medicina oficial ou das PICS. Como disse uma entrevistada, “*o paciente é um só*” (F9). Para encerrar esta reflexão sobre a integralidade, reporto-me a Barros (2008, p. 297), que diz:

[...] ao tomar diferentes correntes de pensamento para abordar as práticas médicas no campo da saúde, assumo que existe um fim único, o restabelecimento e a promoção da saúde, e, também, que não existe uma única forma de alcançar esse fim.

Ao final deste trabalho, ousou recomendar à PNPIC que faça uma aproximação eficaz com os profissionais de saúde, gestores em saúde e usuários do sistema de saúde. Que esta política seja mais clara no que se refere às dificuldades de implantação, vigilância sanitária adequada e formação profissional necessária para exercê-las.

Provavelmente, sentirei falta do envolvimento com esta pesquisa, que começou há mais de dois anos e tomou conta de minha vida, tornando-se o principal foco de atenção. O aprendizado foi grande em todos os sentidos, tanto na vida pessoal como na vida acadêmica. Muito obrigada a todos que participaram!

REFERÊNCIAS

ALVES, R. R. N. et al. The influence of religiosity on health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, 2010.

ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AYRES, J. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

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

_____. **A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

BORGES, Z. N.; MEYER, D. E. Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 16, n. 58, p. 59-76, mar. 2008.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. **A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer**. São Paulo: EDUSP, 1996.

_____. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, Zouk, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; CNS, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.600, de 17 de julho de 2006.** Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC):** atitude de ampliação e acesso. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic_atitude_ampliacao_acesso.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e complementares em Saúde – PNPIC.** Brasília: MS, 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Brasília: IBGE, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares:** plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica, n. 31. Brasília: MS, 2012.

CALDEIRA, T. Uma inclusão pelo lado não respeitável da pesquisa de campo. **Ciências Sociais Hoje**, Recife, Brasília, n. 1, 1981.

CAMPBELL, C. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. **Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 5-22, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cartilha Ato Médico.** São Paulo: CFM, 2009. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/atomedico>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

_____. Medicina busca novas interfaces. **Jornal Medicina**, n. 202, p. 11, nov. 2011.

_____. Regulamentação da medicina. **Jornal Medicina**, n. 214, dez. 2012.

CORCUFF, P. **As novas sociologias: construções da realidade social**. Bauru: Edusc, 2001.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madri: Alianza, 1986.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KOENIG, H. G. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. **Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 13, p. 231-224, 1998.

KLEINMAN, A. M. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEAL, A. E. **Construindo o conhecimento pela pesquisa: orientação básica para elaboração de trabalhos científicos**. Santa Maria: Sociedade Vicente Palotti, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: _____. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac & Naify, 2008, p. 201-220.

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

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. **Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil**: textos resumidos. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco, 2007b.

_____; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MAGNANI, J. G. O (velho e bom) caderno de campo. **Revista Sexta-feira**, São Paulo, n. 1, maio de 1997.

MARTINS, P. H. **Contra a desumanização da medicina**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. In: _____. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003. p. 183-314.

METCALF, E. B.; BERGER, C. B.; NEGRI FILHO, A. A. A medicina tradicional, alternativa e complementar. In: DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 160-165.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. **What is complementary and alternative medicine?** Disponível em: < <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#1> >. Acesso em: 14 mar. 2013.

OLABUÉNAGA, J. I. R. **Metodología de la investigación cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2012.

PAIM, J. S.; ALMEDA FILHO, N. **A crise da saúde pública no Brasil e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

PERURENA, F. C. V. Existe transição paradigmática? Diálogo com Boaventura de Sousa Santos à luz de O AMOR FAZENDO GÊNERO. **Cadernos de Oficina do Ces**, Coimbra, v. 159, 2001, p. 1-20.

QUEIROZ, M. S. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento “vitalista” na área de saúde: uma perspectiva teórica introdutória. In: NASCIMENTO, M. C. (org.). **As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 17-39.

SCHRAMM, F. R. A moralidade de prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 773-784, 2004.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F. As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNIPIIC. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 9, p. 70-76, 2008.

_____. Políticas de saúde e processos de institucionalização das RM e PICS. In: FÓRUM NACIONAL DE RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, 1., Niterói, 2012. **Anais...** Niterói: UFF, 2012.

S. THIAGO, S. C. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

TESSER, C. D. (org.). **Medicinas complementares: o que é necessário saber**. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

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

_____. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (org.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012. p. 251-283.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D.; HASSEN, M. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 37, p. 440-445, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **General guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**. Geneva: WHO, 2000.

_____. **Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneva: WHO, 2002.

ZANETTI, E. **O médico que não sabia fazer bilu-bilu: uma história do relacionamento médico-paciente**. Brasília: CFE, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas com profissionais de saúde

Entrevista nº: _____

1. Dados socioeconômicos:

- Idade
- Sexo
- Escolaridade
- Religião (descobrir se é praticante ou não)
- Etnia ou origem étnica
- Local de nascimento
- Estado civil
- Profissão que já exerceu e atividade/ocupação que exerce no momento
- Há quanto tempo exerce esta ocupação
- Reside em casa própria ou alugada
- Renda familiar - 1 a 3 salários mínimos
4 a 6 salários mínimos
7 a 10 salários mínimos
Acima de 10 salários mínimos
- Número de pessoas que moram em sua residência

2. Sobre as práticas integrativas e complementares

- a) Lembra como eram tratadas suas doenças quando criança? A quem recorriam?
- b) Poderia relatar alguma doença grave na família e como agiram?
- c) Já ouviu falar em práticas integrativas e complementares em saúde?
- d) No caso negativo, qual o termo ou expressão que conhece?
- e) O que entende por práticas integrativas e complementares?
- f) Qual o contato que teve com as práticas?
- g) O que significa para o(a) senhor(a) as referidas práticas? (verificar se é apenas complementar à medicina oficial, se acredita mesmo ou apenas segue o “se bem não faz, mal não faz”, se tem ligação com religião, se é charlatanismo etc.)

- h) Já fez uso de alguma destas práticas?
- i) Em sua família, alguém já usou?
- j) Em caso de ter feito uso, como foi e quais os resultados?
- k) Quem receitou ou aplicou (médico, enfermeiro, fisioterapeuta etc.)?
- l) Em sua opinião o que os pacientes procuram primeiro: a medicina oficial ou as práticas integrativas ou complementares?
- m) O que acha da implantação destas práticas nas unidades básicas de saúde?
- n) Quem o(a) senhor(a) acha que deveria exercer estas práticas?
- o) Perceber qual o termo que eles usam para se referir às práticas integrativas e complementares em saúde.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisadora: Mariluz Oliveira Heberle (Médica – Aluna do Mestrado em Ciências Sociais da UFSM). Tel: (55) 32234629; Cel: (55) 99851472; e-mail: <malu.heberle@terra.com.br>.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Newlands Borges (Antropóloga – Professora associada do Departamento de Ciências Sociais da UFSM).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a concepção das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os profissionais de saúde de unidades básicas de saúde. O objetivo dessa pesquisa é compreender o conhecimento e a compreensão dessas práticas para os profissionais de saúde, portanto o que tais práticas são para o(a) senhor(a). Pensa-se em realizar essa pesquisa, porque a utilização dessas práticas vem crescendo e sua aceitação ainda é muito tímida para os profissionais da área da saúde.

Para alcançar o objetivo desta pesquisa, serão realizadas entrevistas com um roteiro de questões, às quais o(a) senhor(a) terá liberdade para responder o que achar necessário. Essas entrevistas serão realizadas por meio de uma conversa entre a pesquisadora e o(a) senhor(a), em local acordado com o(a) senhor(a). Caso o(a) senhor(a) autorize, as entrevistas serão gravadas e, depois, escutadas pelo(a) senhor(a). Após seu consentimento, o registro das gravações será utilizado pela pesquisadora. As entrevistas serão entregues ao(à) senhor(a) após o término, para depois serem analisadas pela pesquisadora. O(a) senhor(a) terá disponível a transcrição realizada pela autora, para certificar-se do que realmente será considerado da sua fala e para que não ocorram equívocos.

Com a finalidade de trabalharmos dentro de uma ética estabelecida para a pesquisa, o sujeito da pesquisa tomará ciência dos princípios éticos quais sejam: autonomia, beneficência, não maleficência e confidencialidade, que regerão sua participação.

Este projeto fora encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, obtendo parecer _____.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar desta pesquisa científica, e declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento sendo bem instruído(a), de acordo com os

princípios da ética: a minha participação é voluntária e livre, podendo deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, dando minha permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas ou não em áudio. Todas as fitas serão desgravadas após o término da pesquisa, sendo que as falas serão identificadas por códigos. Estou ciente que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, bem como terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas pelo pesquisador a meu contento. Sei que, além do pesquisador, o material coletado na entrevista será de conhecimento do Professor Orientador, sendo o meu nome omitido, e esta pessoa estará submetida às normas do sigilo profissional. O relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas, podendo conter falas da entrevista, mas sempre de modo anônimo, garantindo o anonimato.

Finalmente, estou ciente de que serei respeitado (a) quanto à minha privacidade e autonomia.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Este formulário foi lido para _____ em ___/___/___ por _____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSM). Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS. Tel.: (55) 32209362 – E-mail: <comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br>

APÊNDICE C – Termo de confidencialidade

Título do projeto: Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Pesquisador responsável: Zulmira Newlands Borges

Pesquisadora mestrand: Mariluz Oliveira Heberle

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Telefone para contato: (55) 32234629 – (55) 99851472

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Maria/RS.

Os pesquisadores do presente projeto comprometem-se a preservar a privacidade dos profissionais de saúde que participarem da pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas, sendo utilizada gravação em áudio e anotações em papel na unidade básica de saúde. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas junto da pesquisadora por um período de 12 meses sob a responsabilidade da Profa. Dra. Zulmira Newlands Borges, na sala 2234 do prédio 74 da Universidade Federal de Santa Maria. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/___, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, ____ de _____ de 2012.

Zulmira Newlands Borges CI 2052814452.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação da Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
e-mail: nepessm@yahoo.com.br – Fone (55) 3921-7201

OFÍCIO N.º. 112/2012/SMS/NEPeS

Santa Maria, 04 de abril de 2012.

Vimos por meio deste informar que esta Secretaria, apresenta parecer favorável para o desenvolvimento do Projeto de Mestrado/UFSM intitulado **“Representações das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para os Profissionais de Uma Unidade Básica de Saúde”** da acadêmica **Mariluz Heberlê**.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns, desde já agradecemos.


Rodrigo Silva Jardim

Núcleo de Educação Permanente

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PROJETO DE PESQUISA

Título: Um estudo das representações dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde

Pesquisador: Zulmira Newlands Borges

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CAAE: 01290612.2.0000.5346

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 11805

Data da Relatoria: 23/04/2012

Apresentação do Projeto:

As Práticas Integrativas e Complementares de Saúde propõem um modelo efetivo de atenção integral à saúde, que passe a privilegiar a atenção básica e adote a promoção da saúde como seu eixo estruturante. O uso das práticas integrativas tem aumentado nos últimos anos. O estudo se justifica em função do desconhecimento apresentado pelas equipes de saúde sobre o tema e da importância que o mesmo poderá acarretar para a Atenção Básica de Saúde. O presente estudo pretende responder a questão: Qual a representação das Práticas Integrativas e Complementares em saúde para os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde? Como aporte teórico referencial tomarei principalmente Emile Durkheim, Madel T. Luz, Charles Tesser e François Laplantine. A metodologia utilizada será exploratória com abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semi-estruturadas e, para análise dos resultados, a análise de conteúdo. A proposta se insere na Linha de Pesquisa Gênero, Corpo e Saúde, no tema Saúde, e tem como orientadora a professora Zulmira Newlands Borges (Antropóloga e Professora associada do Departamento de Ciências Sociais da UFSM).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Conhecer as representações das Práticas Integrativas e Complementares para os trabalhadores de saúde em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Santa Maria/RS. A unidade de saúde escolhida foi a São José, mas se ocorrer qualquer problema na coleta de dados ou se for necessário outra unidade de saúde no decorrer da pesquisa, esta poderá ser incluída com o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Maria/RS.

Objetivos específicos:

- ¿ Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos trabalhadores de saúde da unidade básica de saúde participante;
- ¿ Identificar o conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre práticas complementares de saúde;
- ¿ Compreender o significado que as práticas representam para os trabalhadores de saúde em seus aspectos sociais, econômicos, emocionais, profissionais, etc.
- ¿ Avaliar se os trabalhadores de saúde julgam relevante a implantação dessas práticas no cotidiano de trabalho.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa é de baixo risco entretanto o TCLE diz que a mesma não acarretará nenhum risco físico ou moral, lembramos que isso pode dar a entender que a pesquisa não apresenta risco quando sabemos que qualquer pesquisa com seres humanos tem risco por mínimo que seja.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A população alvo será os trabalhadores de saúde da Unidade Básica São José, situada no município de Santa Maria. Os sujeitos da pesquisa serão os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de consultório dentário, recepcionistas e o coordenador da unidade de saúde. A análise de dados será qualitativa, procurando encontrar nas respostas dos trabalhadores subsídios para entender a dificuldade de implantação das Práticas Integrativas e Complementares nas Unidades Básicas de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE e termo de confidencialidade são apresentados entretanto algumas correções devem ser feitas para adequar os mesmos as regras do CNS para pesquisa com seres humanos.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar a nova versão

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 23 de Abril de 2012

Assinado por:

Félix Alexandre Antunes Soares