

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua
estruturação na Atenção Primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua
avaliação”*

por

Islândia Maria Carvalho de Sousa

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Cele de Andrade Bodstein

Rio de Janeiro, maio de 2013.

Esta tese, intitulada

***“Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua
estruturação na Atenção Primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua
avaliação”***

apresentada por

Islândia Maria Carvalho de Sousa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marilene Cabral do Nascimento

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof.^a Dr.^a Regina Cele de Andrade Bodstein – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 06 de maio de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S725 Sousa, Islândia Maria Carvalho de
Medicinas tradicionais alternativas e
complementares e sua estruturação na atenção
primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação.
/ Islândia Maria Carvalho de Sousa. -- 2013.
128 f. : tab.

Orientador: Bodstein, Regina Cele de Andrade
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Terapias Complementares. 2. Atenção Primária à
Saúde. 3. Efetividade. 4. Eficácia. 5. Avaliação. 6.
Assistência à Saúde.

CDD – 22.ed. – 615.882

*A papai (Gelcy) e mamãe (Francisca),
que tiveram a coragem de lutar e ampliar
as possibilidades para seus filhos.
Que nos fizeram acreditar que sempre
é possível, com amor, transformar.
Amo vocês! Gratidão!*

Agradecimentos

“E aprendi que se depende sempre, de tanta, muita, diferente gente. Toda pessoa sempre é as marcas das lições diárias de outras tantas pessoas...E é tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá, é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho por mais que pense estar” (Gonzaguinha)

É maravilhoso ter tanta gente especial na minha vida, permanente gratidão!

Aos meus irmãos e irmãs, sobrinhos e sobrinhas, que foram o apoio crucial para esta construção, uma grande família em tamanho e afeto, que torna fácil falar: amo vocês!

A Regina, o acolhimento, compreensão e compromisso com a orientação e a apresentação da teoria social, fundamental para o desenvolvimento da Tese.

A Virgínia, o carinho, o apoio em questões estratégicas e as contribuições acadêmicas.

À Professora Madel Luz, as contribuições na banca de qualificação.

Aos Professores Charles Tesser e Nelson Barros, a amizade, o apoio e contribuição no Projeto de Pesquisa que subsidiou parte dos dados para a Tese.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública e aos colegas do Doutorado, entre eles Andrea, Ialê e Ronaldo.

Aos que fizeram e fazem a Unidade de Cuidados Integrals em Saúde Guilherme Abath e o Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas no Recife, a disposição em contribuir com a pesquisa e em transformar a prática.

A Adriana, amiga e parceira de tantas jornadas, minha gratidão.

Aos irmãos e irmãs de coração, Antônio Alencar, Tereza, Paulo Basta, Vanessa Silva, às Flávias (Freire, Mendes e Neves), Lúcia Carvalho, Chinha Duarte, Sergiana Tavares, Thaisa Navolar, Paula Barros, Rafa, Ekanta, Manu Colker, Railer Freire, Joelma e da Caminhada Troca de Saberes: é impossível escrever o quanto a presença de vocês foi e é importante na minha vida.

Aos queridos Antônio Carlos, Keila Brito, Rogério Gonçalves, Paulo Henrique e Eduarda Cesse e todos os outros amigos dos grupos de Pesquisa em Economia da Saúde, de Avaliação e Monitoramento e do Projeto Produtivismo em Saúde.

Aos queridos amigos Domício Sá, Idê Gurgel, Kátya Medeiros, Naíde Teodósio, Aletheia, Tereza Lyra e outros amigos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

Aos alunos Edylla, Lidiane, Michely, Juliana, Francisco, Rosangêla, Luciano, Karla, Cecília, Eduardo, João, Avelar e Carol, as contribuições na coleta de dados.

A Rodrigo, a compreensão, e os aprendizados.

Sumário

Resumo	7
Abstract	8
Lista de Figuras, Quadros e Tabelas	9
Lista de Siglas	10
Apresentação	11
1. Introdução e Justificativa	14
2. Marco Teórico.....	22
2.1. Modelos de Atenção em Saúde e Atenção Primária em Saúde.....	22
2.2. Denominações das Medicinas Alternativas e Complementares.....	25
2.3. Denominação das Medicinas Alternativas e Complementares no Brasil: a Política de Práticas Integrativas e Complementares	27
2.4. Racionalidades Médicas	28
2.5. A Teoria da Estruturação	30
Referências Bibliográficas	33
3. O percurso.....	41
Artigo 1- Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios	43
Artigo 2- A estruturação do cuidado nas Medicinas Alternativas e Complementares no modelo de atenção à saúde: estudo de caso no Recife.....	64
Artigo 3- Medicinas Alternativas e Complementares no cuidado na atenção primária em saúde: proposta de modelo teórico para avaliação	96
Considerações Finais	123
Anexos	

Resumo

Atualmente, verifica-se um aumento no uso das medicinas alternativas e complementares nos sistemas públicos de saúde em vários países, mesmo com debates acerca de seu custo, eficácia e efetividade. No Brasil, foi implantada uma Política Nacional que tem como um dos objetivos aumentar a resolutividade da atenção primária. No entanto, sabe-se pouco acerca de como vem se dando a oferta no Sistema Único de Saúde e como tem se estruturado o cuidado concernente a essas medicinas. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a oferta, o cuidado na atenção primária por meio das medicinas alternativas e complementares e sua estruturação, bem como as possibilidades de avaliação. Para isso, foram elaborados três artigos: 1) Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados com objetivo de analisar qual a oferta e produção, no SUS, das medicinas alternativas e como elas vinham se desenvolvendo. Na perspectiva de avançar para além do quanto (oferta) para o como (prática), realizou-se a análise da prática por meio da teoria da estruturação, em um estudo de caso, no Artigo 2) A estruturação do cuidado nas medicinas alternativas e complementares no modelo de atenção à saúde: estudo de caso no Recife. Diante das reflexões construídas nos artigos 1 e 2, propôs-se um modelo teórico de avaliação fundamentado na teoria da complexidade e na avaliação a partir da prática, no Artigo 3- Medicinas alternativas e complementares no cuidado na atenção primária em saúde: proposta de modelo teórico para avaliação. Foi possível identificar um descompasso entre o que se registra nos sistemas de informações e o que é praticado nos municípios. Esse descompasso pode ser devido, em grande parte, à indefinição do escopo do que se compreende como práticas complementares e integrativas dentro da Política Nacional. Os resultados empíricos elucidaram evidências acerca da efetividade das medicinas alternativas que não ficaram restritas a nosologia biomédica. Porém, os estudos realizados e a literatura científica consultada evidenciaram que o debate acerca da efetividade e eficiência das medicinas alternativas e complementares continua sendo um ponto de pouco consenso e campo de luta. Fato que nos leva a compreender que avaliação das medicinas alternativas está em processo de construção e que necessita, ainda, de aprofundamento.

PALAVRAS-CHAVES: Terapias Complementares, Atenção Primária à Saúde, Efetividade, Eficácia, Avaliação, Assistência à Saúde.

Abstract

There has been an increase in the use of alternative complementary medicines in public healthcare systems in a number of countries, despite the debate regarding cost, efficacy and effectiveness. A national policy has been implanted in Brazil, one of the aims of which is to enhance the resolubility of primary care. However, little is known on the alternative medicines offered in the Brazilian public healthcare system and how care is structured regarding these medicines. Thus, the aim of the present study was to analyze the offer and structuring of alternative, complementary medicines in primary care as well as evaluation possibilities. For such, three articles were drafted. The aim of article 1 (Integrative complementary practices: The offer and production of care in the Brazilian public health system and selected municipalities) was to analyze the offer and production of alternative medicines and how this process has been carried out. The aim of article 2 (Structuring of alternative, complementary medicines in the Brazilian healthcare model: A case study in the city of Recife) was to analyze the practice of this activity in light of structuring theory. Based on reflections offered in the two preceding articles, a theoretical evaluation model founded on complexity theory was proposed in article 3 (Alternative, complementary medicine in primary healthcare: A proposal for a theoretical evaluation model). Divergence was found between the records of the information systems and what is practiced in the municipalities, which may be due, in large part, to the lack of definition of what constitutes complementary, integrative practices in the national policy. The empirical findings offer evidence on the effectiveness of alternative medicines not restricted to biomedical nosology. However, studies in the scientific literature reveal a lack of consensus on the effectiveness and efficiency of alternative, complementary medicines. The findings demonstrate that the evaluation of alternative medicines is undergoing a process of construction and requires further investigation.

KEYWORDS: Complementary therapy, Primary Healthcare, Effectiveness, Efficacy, Evaluation

Lista de Figuras, Quadros e Tabelas

Figura 1 - Valores, princípios e elementos essenciais em um Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária em Saúde 24

Quadro 1 - Dados analisados do banco de dados do estudo de caso no Recife-PE. 41

Artigo 1

Tabela 1 - Número e percentual de serviços de saúde em práticas integrativas e complementares por tipo de prestador, Brasil – 2007 / 2011. 49

Tabela 2 - Número de profissionais em práticas integrativas e complementares inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde por tipo de ocupação e atendimento ao SUS, Brasil - 2007/2011 51

Tabela 3 - Número de consultas e procedimentos (por 10.000 habitantes) em práticas integrativas e complementares, Brasil- 2006 - 2011. 53

Tabela 4 - Número de consultas e procedimentos (por 10.000 habitantes) em práticas integrativas e complementares realizadas em Campinas, Florianópolis e Recife. Brasil - 2006 - 2011. 54

Artigo 2

Figura 1 - Conceitos da Teoria da Estruturação adaptados à estruturação do cuidado 68

Quadro 1 - Estruturação do cuidado e dimensões analisadas 74

Artigo 3

Figura 1 - Perspectivas teóricas para avaliação do cuidado com as medicinas alternativas e complementares. 100

Figura 2 - Reposicionamento da prática na *Practice-Oriented Evaluation* 109

Figura 3 - Modelo Teórico para avaliação do cuidado com as medicinas alternativas e complementares 113

Quadro 1 - Perguntas para avaliação do cuidado com as medicinas alternativas e complementares 115

Lista de Siglas

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

APS- Atenção Primária em Saúde

CAM- Complementary and Alternative Medicine

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

ESF- Estratégia da Saúde da Família

GF- Grupo Focal

MAC- Medicina Alternativa e Complementar

MAS- Modelos de Atenção em Saúde

MS - Ministério da Saúde

MT- Medicina Tradicional

Napi- Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas

Nasf- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial da Saúde

PIC- Práticas Integrativas e Complementares

PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS- Sistema Único de Saúde

TCAM- Traditional, Complementary and Alternative Medicine

TE- Teoria da Estruturação

Ucis - Unidade de Cuidados Integrals em Saúde Guilherme Abath

Apresentação

“Eu sei que hoje se costuma ridicularizar quem fala em utopia, mas não me preocupo em insistir que sem ela não vale a pena viver, e sem ela também é impossível pensar, porque o pensamento não é produzido a partir do que houve, nem do que há. O pensamento portador de frutos é produzido a partir do que pode ser.”¹

Ao iniciar a apresentação com as palavras de Milton Santos, faço analogia ao Sistema Único de Saúde (SUS), como o sonho de um sistema de saúde *que poder ser*. É a não acomodação entre *o que é* e *o que pode ser* que me faz insistir na utopia de uma nova *práxis*, que seja palco de pluralidade e diversidade de práticas e teorias, que têm como único fim o cuidado das pessoas.

É esta necessidade de fazer diferente, construir *novos jeitos de olhar* a mesma realidade, novos jeitos de olhar os escritos que provoca a buscar novos horizontes. Esta inquietação em discutir diversidades está imersa no meu envolvimento e reflexões acerca do modo de compreender e realizar o cuidado em saúde. Apesar do atual uso intensivo da *alta densidade tecnológica*ⁱ, minha caminhada pessoal e profissional permitiu a aproximação com outros modos de cuidado.

À medida que estudava e utilizava as Medicinas Tradicional/Alternativa e Complementar (MT/MAC), atualmente, no Brasil, chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PICs)ⁱⁱ, observava que os conhecimentos que aprendi com meus avós, durante minha infância, tinham similaridades com as ideias que os professores apresentavam. Quando falavam em *sopro* ou *QÍ* lembrava que, para meus avós, a criança estava doente porque o *vento caiu* (ela estava sem energia), ou podia *ter pego um vento forte* ou *tomado um vento*. As expressões: *vento*, *tempo pesado*, *corriqueiras* e *determinantes* para tratar o adoecimento na minha infância e adolescência pareciam ter um sentido nas *MT/MAC*. Pois, a visão da *insuficiência de energia* ou *invasão do vento*, vi como princípio, na medicina chinesa e outros cursos em MAC que realizei.

Essas experiências permitiram que, durante a minha vida acadêmica, eu observasse como cuidavam na enfermagem e como cuidavam na minha família. Isto ajudou também a perceber que determinadas vezes tanto um olhar como o outro exibia

ⁱ Centralidade do cuidado no uso de equipamentos tecnológicos².

ⁱⁱ Estes conceitos serão discutidos na Revisão de Literatura.

certo dogmatismo. Mas, o conhecimento baseado exclusivamente na observação, caso fosse possível, é limitado, pois *“toda observação implica alguma interpretação à luz do nosso conhecimento teórico.”*³ Os conceitos devem ser vistos como recursos sensibilizadores, *“supor que estar teoricamente informado...significa sempre operar com uma porção de conceitos abstratos e, é uma doutrina tão perniciosa quanto o sugere que podemos passar muito bem sem usar conceitos de qualquer espécie.”*⁴

Expor meus argumentos sobre as medicinas alternativas é uma maneira de compreender mais e possibilitar o afastamento dogmático, *“o racionalismo é uma atitude de disposição a ouvir argumentos críticos e a aprender da experiência. É fundamentalmente uma atitude de admitir que eu possa estar errado e vós podeis estar certos, e, por um esforço, podemos aproximar-nos da verdade.”*³ Ser racional significa também que a escolha do tema ocorre ou se dá a partir de um valor, de uma tomada de posição e estar implicado na experiência de vida, o que expressa um princípio fundamental das ciências sociais⁵. O observador nunca é neutro e desinteressado e não deve olhar seu objeto sem ter a clareza de sua relação com ele. Isso coloca para o pesquisador um desafio no decorrer do seu estudo, implicando que todo conhecimento ou achado deve ser relativizado. Para Velho⁶, *“a ação social dos indivíduos, através de sua permanente interação, só é possível a partir de motivações que são encontradas num jogo entre mundo interior, subjetivo, e práticas e atividades no cotidiano”*.

Depois de quase dez anos das minhas primeiras experiências enquanto profissional e gestora da atenção primária, a produção desta Tese me fez revisitar desafios da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que ainda não foram superados. Entre eles, o desafio de alinhar, no cotidiano, os protocolos frente às necessidades dos usuários e dos profissionais. A inserção no campo da saúde tem propiciado observar o cuidado na atenção primária em saúde (suas potencialidades e limitações) e argumentar que o saber biomédico também deve ser relativizado, haja vista o fato que todo conhecimento é provisório e parcial. Não há apenas uma resposta para os problemas de saúde, tendo em vista a sua complexidade. Existem outras teorias e práticas, além do biomédico, que estão disponíveis e podem ser empregadas por gestores e profissionais. *“Os homens não apenas constituem a sociedade, eles a constroem e, portanto, podem transformá-la.”*⁴ Assim, o modelo de atenção à saúde não se faz sozinho, é possível a construção de diversas interações porque ele *constrói e se reconstrói nas ações das pessoas*.

Parto do pressuposto de que a incorporação das Medicinas Alternativas e Complementares (MACs) na atenção primária em saúde (APS) pode contribuir para a reconstrução do cuidado ao aumentar a multiplicidade de métodos, técnicas e teorias. Estimular a interação entre os saberes dos profissionais e dos usuários, e ainda, ampliar as opções de cuidado, sem aumentar os custos operacionais com equipamentos e medicamentos. E, por ser uma intervenção complexa, são necessárias diversas estratégias de avaliação.

O meu percurso de investigação na Tese foi construído em formato de artigos, articulados em torno da discussão- cuidado- medicinas alternativas e complementares- atenção primária-avaliação; cada artigo representa os diferentes ângulos em que realizei o diálogo teórico- prático. Enquanto parte da mesma construção teórica, os demais itens que compõem a Tese (Introdução, Revisão de Literatura e Método) visam situar o debate em torno das MACs e seu contexto, bem como as teorias que subsidiaram esta reflexão: o cuidado como espaço de reconstrução⁷, analisado por meio da teoria da estruturação⁴, e uma perspectiva de avaliação orientada pela prática⁸.

Neste sentido, no **Artigo 1- Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados**, tendo em vista a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas, procura-se analisar a oferta, no SUS, destas práticas e seu desenvolvimento. Na perspectiva em avançar para além de quanto (oferta) para o como (prática), foi realizada a análise da prática por meio de um estudo de caso, no **Artigo 2- A estruturação do cuidado nas medicinas alternativas e complementares no modelo de atenção à saúde: estudo de caso no Recife**. Diante das reflexões construídas nos artigos 1 e 2 foi feita uma reflexão acerca das estratégias de avaliação das MACs na atenção primária e proposto um modelo teórico de avaliação no **Artigo 3- Medicinas alternativas e complementares no cuidado na atenção primária em saúde: proposta de modelo teórico para avaliação**.

1. Introdução e Justificativa

Diversas palavras para o mesmo objeto, múltiplos termos, discussão de sentidos e significados em paradigmasⁱⁱⁱ distintos. Esse é o cenário em que esse estudo foi desenvolvido. São muitas as maneiras de expressá-lo, denominá-lo. Entre as várias denominações conceituais e institucionais está o termo *Medicina*, com vários adjetivos: alternativa, complementar, integrativa, popular, natural ou tradicional. Também surge a expressão *Práticas*, qualificadas como não convencionais, alternativas e/ou complementares e/ou integrativas.

A questão não é apenas escolher as palavras, mas compreender o que cada termo significa ou representa. Em cada escolha ou denominação há uma problematização e um contexto no qual o objeto está inserido, um momento histórico, uma intenção, uma simbologia. *“As palavras são ao mesmo tempo indicadores, que designam as coisas, e evocadores, que suscitam a representação da coisa nomeada... o nome tem uma potencialidade simbólica imediata: nomeando a coisa, faz surgir o seu espectro e, se o poder de evocação é forte, ressuscita, ainda que esteja ausente, a sua presença concreta”*⁹.

O que pode ser visto é que a mesma expressão pode designar coisas distintas e confundir. Por exemplo, o termo “Medicina Alternativa” pode denotar o uso de alternativas clínicas e terapêuticas do modelo biomédico ou constituir práticas terapêuticas que substituem o referido modelo¹⁰⁻¹². Do mesmo modo, a expressão “Complementar” pode estar associada à biomedicina, referindo-se a processos de diagnose (exames complementares), ou como outra lógica de diagnóstico e tratamento que estão fora dela (medicina alternativa e complementar)^{12,13,14}. No Brasil, o conceito “Complementar” foi associado a “práticas integrativas”, e criou-se o termo institucional “Práticas Integrativas e Complementares (PIC)”.

Na busca por um conceito que permitisse definir exatamente o que são MT/MAC, com exceção da categoria Racionalidade Médicas¹⁰ o leque de opções e definições demonstrou que não há um consenso na literatura acerca do tema^{11,12;14-17}. Considerando que quaisquer dos termos escolhidos têm seus limites e implicações, para este estudo utilizou-se a definição “medicina alternativa e complementar”, e, no caso do Brasil, “práticas integrativas e complementares”. Nas definições atuais, a MAC pode

ⁱⁱⁱParadigmas, na concepção de Kuhn¹⁸: *“são realizações científicas, universalmente reconhecidas, que durante algum tempo fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”*.

ser vista como um conjunto amplo de práticas, ações terapêuticas com teorias explicativas que estão fora da racionalidade biomédica e adaptadas aos contextos histórico e social em que estão inseridas^{12,19}. Contemplam sistemas médicos complexos como a medicina chinesa, a homeopatia¹⁰, ou terapias manuais como o *reiki*, massagens, terapias florais e outros¹².

Nas últimas décadas, é cada vez mais evidente o uso e disseminação, em todo o mundo, da MAC no cuidado em saúde, tanto em países pobres como em países ricos. Seu uso tem crescido e é de grande importância econômica¹². A Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a Conferência de Alma Ata, tem incentivado o estímulo à MAC nos países membros. Em 2001, publicou o resultado de um estudo realizado durante 10 anos que evidenciou a legalização da MAC no mundo. Apesar de alguns limites acerca da precariedade das informações, foi possível registrar a presença da MAC em 123 países²⁰. No ano seguinte, tendo em vista seus achados, ela lançou o documentou: *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Mas, a implantação e o financiamento público dessas medicinas não são pontos pacíficos e tem sido apontada a necessidade de aumentar os estudos acerca da sua eficácia e eficiência^{12,17;20-22}.

No campo internacional, os documentos da OMS acerca da MAC têm gerado posicionamentos contra e a favor de sua implantação e financiamento nos sistemas públicos de saúde e debates acerca da sua eficácia e eficiência^{22,23} e pode ser visto o incremento dessas discussões nas revistas científicas²⁴. Em 2002, a *American Journal Health* publicou um número específico para tratar do papel das MCAs nos serviços públicos de saúde²⁵; mais recentemente, a *Lancet*^{23;26-28} e a *British Medical Journal*^{22;29} entre outras, foram palco de debates acerca do uso, dos custos e da eficácia da homeopatia, da acupuntura, além da formação de profissionais na área. Mas, apesar dos debates acadêmicos e embora existam evidências de que muitas populações em países em desenvolvimento e desenvolvidos utilizam significativamente a MAC a fim de atender suas necessidades sanitárias, faltam dados precisos^{12;30-32}.

No Brasil, há carência de debates e estudos na área, principalmente na Saúde Pública, apesar da produção do grupo *Racionalidades Médicas*¹⁰, desde a década de 90, e recentes estudos sobre a homeopatia³³⁻³⁵, sua implantação, oferta e uso³⁶⁻³⁷, a pesquisa na medicina chinesa³⁸ e revisões sistemáticas^{39,40}. Fazem-se necessárias investigações que possam determinar o nível de acesso existente, bem como as possíveis contribuições e limites da MAC ao cuidado no Sistema de Saúde Pública. Cabe indagar

o que significa em meio ao incomensurável avanço tecnológico, no crescente uso do *complexo médico industrial*, a busca por práticas e conhecimentos despojados de aparatos tecnológicos modernos.

No que se refere à implantação no SUS, as PICs foram instituídas como uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, mas já faziam parte da rotina de muitos serviços de Saúde Pública. Antes da publicação da Política existiam experiências em vários municípios, fato verificado por uma pesquisa realizada em 2004, pelo Ministério da Saúde (MS), para conhecer o que vinha sendo realizado no SUS e revisado em 2008^{41,42}. A maioria das experiências em PIC no SUS nasceu a partir das necessidades/demandas dos municípios, quase sempre pelo pioneirismo, esforço e trabalho voluntário de alguns profissionais. E se desenvolveram de maneira distinta, desde a implantação de um serviço exclusivo, como ocorreu no Recife³⁶, à criação de uma Política Municipal no Rio de Janeiro⁴³, introdução na atenção primária, mesmo com a passividade dos gestores, em Campinas³⁴, ou ainda, por outros atores que estavam fora do sistema de saúde, como o caso da homeopatia, em Santos⁴⁴.

A busca e a expansão da MAC podem estar associadas a vários fatores, entre eles, o processo de cuidado que é construído^{45,46}, as limitações da biomedicina frente à complexidade do adoecimento humano e às mudanças culturais^{14;47,48}, o uso excessivo de exames diagnósticos e medicamentos, a relação assimétrica entre usuários e profissionais, as reações adversas e os danos da biomedicina, que estão associados ao que alguns autores denominam *crise da biomedicina*^{14;48,49}. A crise da biomedicina é caracterizada por sua *tecnificação*, na qual profissionais e usuários tendem a ser coadjuvantes dos equipamentos tecnológicos, uma reestruturação que a transforma em *uma medicina tecnocientífica* que tem se expandido nos últimos anos, tornando-a mais hegemônica e modificando o cuidado em saúde⁵⁰.

No entanto, a dependência da biomedicina à alta densidade tecnológica tem provocado problemas de natureza médica ou técnica, social, econômica e ética^{14;51}. Há uma grande desproporção entre o seu custo e a eficácia⁵²; custo este que praticamente insustentável, visto que seu cuidado é pautado prioritariamente na utilização intensiva de exames diagnósticos invasivos, na medicalização dos sintomas, na prática hospitalar e na incorporação profissional centrada nas especialidades médicas⁵³.

Os modelos de atenção em saúde no quais tem havido o crescimento exponencial de procedimentos invasivos de alta densidade tecnológica, vêm sendo

questionados, colocando em discussão os efeitos colaterais ou indesejáveis sobre a saúde das populações, desde a década de 70. Alguns destes efeitos foram denunciados por Illich⁵⁴, e mais recentemente autores discutem o fenômeno da medicalização social⁵⁵ em que os medicamentos químicos têm tido papel significativo⁵⁶, bem como se intensificado o debate em torno da *overdiagnose*⁵⁷. Além disso, estes modelos não atendem aos desafios da sociedade, atuais e das próximas décadas, como a violência, o *sofrimento difuso*⁵⁸ ou *sintomas não explicados*⁵⁹ e o rápido envelhecimento⁶⁰, que implicam na preparação de equipes e de profissionais equipados com meios técnicos e práticas capazes de responder às necessidades de saúde da população.

Para a superação destes desafios, a mudança do modelo de atenção é fundamental, e a APS tem sido colocada como uma estratégia importante para efetivar esta mudança^{2:61}. Neste sentido, várias ações e programas têm sido implantados no SUS, o que tem provocado mudanças na oferta e utilização dos serviços de saúde.

No que se refere à APS, que teve como mecanismo de expansão o Programa de Saúde da Família, configurado conceitualmente como Estratégia de Saúde da Família, a sua extensão aumentou significativamente o acesso aos serviços de saúde, porém, elevou a demanda para outros níveis de atenção que não haviam sido dimensionados para atendê-la⁶². A ESF potencializou a reorientação no modelo de atenção à saúde, todavia o cotidiano de serviços mostra uma realidade que aponta para o descompasso entre o seu objetivo e a *práxis*. Alguns dos entraves ao seu desenvolvimento têm sido discutidos na literatura⁶³⁻⁶⁶, entre eles, as ações fundadas no modelo biomédico, que tendem a ser reducionistas, pouco sensíveis ao contexto em que as doenças são produzidas e aos seus múltiplos determinantes sociais, culturais e simbólicos.

Sousa e Hamann⁶⁶, ao analisarem os avanços e desafios da ESF sinalizaram, como necessidades urgentes, a qualidade na inclusão de tecnologias de baixa e alta densidade, a formação da força de trabalho, o fortalecimento do financiamento e novos mecanismos de monitoramento e avaliação. Estes aspectos, sem dúvida, são fundamentais para o seu fortalecimento como uma estratégia que reorienta o modelo de atenção à saúde, principalmente, na atenção primária, onde as tecnologias empregadas são de menor densidade e de maior complexidade. Entretanto, considera-se também fundamental oferecer aos profissionais diferentes possibilidades de elaborar suas rotinas e *prática*. Entre as tecnologias a serem empregadas as pesquisas no campo da promoção da saúde têm apontado vários caminhos⁶⁷⁻⁶⁹.

A literatura mais recente sobre promoção da saúde tem o mérito de apontar a importância da teoria social para a compreensão da saúde e para a ampliação das práticas. Os chamados Determinantes Sociais de Saúde (DSS) enfatizam os fatores sociais para a compreensão da saúde e a importância das práticas e ações em promoção da saúde. Dentro dessa abordagem, intervenções em saúde pública adquirem maior complexidade, estreitamente dependentes dos contextos de vida e das relações que se estabelecem entre profissionais e usuários, incluindo os demais atores envolvidos⁶⁷⁻⁶⁹. Assim, novas estratégias em saúde pública e promoção da saúde vêm sendo pautadas pela defesa de uma redefinição dos modelos de atenção à saúde e inclusão de ações e práticas que gerem uma maior sinergia entre os profissionais e a população⁶⁹.

Apesar de, nos seus objetivos, a ESF possuir grande potencial para reorientação do modelo, alinhando-se à promoção da saúde e à MAC, no cotidiano, a maioria dos profissionais tem poucas ferramentas para lidar com o sofrimento e com a complexidade dos processos de adoecimento na atenção básica. É exatamente na ponta do sistema, que permite maior aproximação com a comunidade, que o profissional de saúde se depara com uma realidade pouco discutida durante sua formação, encontra *processos patológicos* para os quais ainda não foram produzidos medicamentos⁴³. O acervo teórico (fisiologia, anatomia, patologia) da formação técnica é insuficiente para construir, junto aos usuários, novas ações em saúde. Assim, o acervo teórico que pauta a rotina de cuidados precisa ser repensado. Atualmente, as ações na ESF são realizadas prioritariamente por meio da investigação (exames, encaminhamento aos especialistas), prescrição de medicamentos e realização de palestras (normatização do estilo de vida). O foco está na doença e não no doente.

Mas, no cotidiano, gestores, profissionais e usuários precisam lançar mão de concepções objetivas e subjetivas para a construção do cuidado em saúde,

*...os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que fazem parte da vida cotidiana em qualquer sociedade [...] a visão de mundo que norteia o indivíduo em determinada sociedade – as crenças e costumes que fazem parte de sua cultura – estabelece um ‘fazer sentido’ que interfere no processo saúde/doença/tratamento.*⁷⁰

Vem daí a necessidade de discutir o contexto sociocultural, no qual se inserem os conhecimentos e as práticas de saúde e sua *estruturação*^{iv}. O que nos leva a pensar

^{iv} A categoria será discutida mais adiante, utilizando a teoria da Estruturação de Giddens⁴.

como o sistema de saúde responde às necessidades de saúde da população e como, nesse processo, conhecimentos milenares e práticas tradicionais são negadas e desqualificadas como caminho possível para uma ampliação do cuidado. Quando Levi Strauss⁷¹ discute a “*eficácia simbólica*”, o sentido da doença que o xamã consegue estruturar junto à comunidade indígena, está em um contexto social em que o doente e o xamã conseguem elaborar um plano de cuidado que responde ou faz sentido a partir da lógica e do conhecimento compartilhado daquela comunidade. Assim, grande parte da eficácia de um tratamento envolve o compartilhamento de significados e visão de mundo.

A discussão dos contextos sociais em que sentidos e significados são construídos é um tema caro às ciências sociais, mas é um tema que precisa ser mais explorado no campo da saúde, especificamente na organização dos serviços e no cuidado em saúde. A MAC constitui um campo fértil para discutir outras maneiras de realizar o cuidado, de interpretar o processo saúde-doença. A perspectiva deste estudo é tensionar o modelo biomédico e buscar alternativas que possam colaborar com uma abordagem integral, mais abrangente, alargando o referencial teórico e as práticas, pressupondo novos modos de entender e agir sobre o processo saúde-doença, processo de trabalho e saberes instituídos.

Tendo em vista as afinidades eletivas entre a APS e as MACs⁶², talvez sua interação no cuidado na atenção primária possa contribuir para a superação dos desafios com a inserção de outra prática no modelo de atenção em saúde. Pode ser mais uma estratégia de fortalecimento da prática de cuidado no SUS, desde que tenha os investimentos necessários para sua expansão, avaliação e monitoramento.

Neste sentido, surgem algumas indagações pertinentes destacam-se, efetivamente: Quais as MAC que têm sido ofertadas no SUS? Como tem se estruturado o cuidado com a MAC na APS? Qual a contribuição da MAC para a efetividade do cuidado na APS? Como construir uma avaliação que possa dar conta da complexidade que envolve o cuidado com a MAC?

A inovação deste estudo está em ter como objetivo analisar o cuidado na atenção primária por meio da medicina alternativa e complementar e sua estruturação, bem como as possibilidades de sua avaliação. Para responder a este objetivo foi necessário identificar a polissemia existente no termo MAC e sua relação com a categoria Racionalidades Médicas, além de situar sua inserção no modelo de atenção à saúde enquanto política nacional do SUS, discutidas no Marco Teórico.

Ainda, no Marco Teórico apresentamos a discussão acerca da teoria da estruturação de Giddens⁴, visto que o cuidado na MAC não se dá de modo uniforme, não segue um protocolo específico, não se restringe à racionalidade instrumental, é construído a partir do encontro, supera a fragmentação entre o modelo de atenção à saúde - o cuidado - usuários e profissionais.

Em seguida, em cada artigo há um diálogo com autores específicos, que subsidiaram as discussões para os recortes proposto. Os principais diálogos se deram com Ayres⁷ sobre a definição do cuidado em saúde, com Giddens⁴, no uso da teoria da estruturação como modelo de análise do cuidado que é construído na relação entre usuários e profissionais. E ainda, com Schwandt⁸, na perspectiva de pensar a avaliação a partir da prática.

Tais perspectivas de cuidado e avaliação têm como fonte inspiradora a filosofia hermenêutica de Gadamer⁷², vista enquanto compreensão. Para o autor, a *hermenêutica da práxis* é potencialmente uma crítica ao *status quo* que só adquire eficácia quando produz *autorreflexão*. Apesar da sabedoria ser adquirida pela prática, a hermenêutica não está aliada à ideia de ser caracterizada como um método específico, não é uma metodologia, mas uma filosofia existencial de como compreender o *ser*⁷³. Estas diversas abordagens também dialogam com a Teoria da Complexidade⁷⁴ e a promoção da saúde, que ampliaram o olhar e o debate acerca do tema.

A Revisão

*Diferentes discursos
Diversos campos de saber
E cada qual com sua visão
para interpretar ou compreender
Discursos novos e ousados
provocando contradições
Discursos ultrapassados
E distintas reproduções
Depois de muitas tentativas, percebi
que em uma tese é impossível
fazer síntese de tudo que li
E, se a internet permitiu expansão
também tornou mais difícil
realizar a melhor seleção
E, devo admitir com humildade
que esta revisão é parcial
mesmo em uma busca pela verdade
Pois, a variedade presente na teoria
revela um fato verdadeiro:
sendo o viver humano tão mutável
não há um caminho derradeiro.*

2. Marco Teórico

2.1. Modelos de Atenção em Saúde e Atenção Primária em Saúde

Os modelos de atenção em saúde (MASs) ou modelos assistenciais de saúde, no Brasil, tornaram-se foco de discussão na década de 70, com o projeto da Reforma Sanitária que também possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde e a crítica acerca da organização dos serviços de saúde, resultando na formulação de novas propostas de modelos alternativos na atenção à saúde. Podem ser definidos como “*combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde*”⁷⁵. Consistem na organização das ações para a intervenção em problemas de saúde existentes em uma coletividade, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos. Há várias possibilidades de organização de modelos que podem ser centrados no atendimento aos doentes (médico-curativa ou biomédico- demanda espontânea ou induzida pela oferta), ou intervenções organizadas (médico sanitarista- campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária) ou que incluam ações de promoção e prevenção da saúde⁷⁵. Os MASs envolvem também influências políticas, econômicas e sociais⁷⁶.

Para Teixeira⁷⁷, o modelo de atenção em uma visão “*ampliada*” possui três dimensões: gerencial (condução do processo de reorganização das ações e serviços), organizativa (relações entre as unidades de saúde, hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado), e técnico-assistencial ou operativa (relações estabelecidas entre os sujeitos e seu trabalho, mediadas pelo saber e pela tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde), que opera em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação). Para a autora, são necessárias *estratégias sinérgicas que envolvam as três dimensões* para uma transformação efetiva do modelo; no entanto, podem ser provocadas mudanças parciais em uma das dimensões para que sejam realizadas mudanças mais amplas.

Merhy et al.⁷⁸ denominam de “*modelos tecno-assistenciais*”, como similares à MAS, sendo fruto de projetos de grupos sociais que envolvem duas dimensões: a articulação de saberes assistenciais e tecnológicos e a dimensão política, expressa como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais. Silva Jr⁷⁹, utilizando a mesma denominação de Merhy et al.⁷⁸, identificou que o MAS possui as

seguintes dimensões: concepção da saúde e doença, integralidade na oferta das ações, regionalização e hierarquização de serviços e articulação intersetorial ao analisar os modelos no campo da Saúde Coletiva Brasileira (Silos - Bahia; Cidade Saudável-Curitiba; Em Defesa da Vida do Lapa Unicamp- Campinas). Para Mendes², os modelos podem ser diferenciados por modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas.

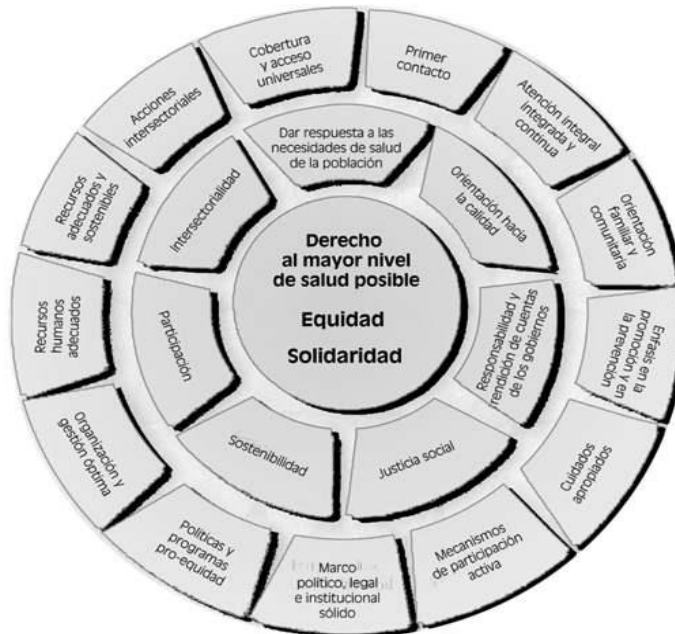
Observam-se diferentes denominações, dimensões de análise e modos de organizar o MAS, mas há certo consenso acerca das limitações do modelo biomédico em lidar com os desafios do adoecimento humano e a necessidade de investimentos na atenção primária em saúde^{2;75;77-80}. As limitações ficam mais evidentes frente aos desafios atuais da sociedade, como a rápida transição demográfica e a superposição do perfil epidemiológico com a presença das doenças crônicas e agudas. Além disto, as complexas relações entre a distribuição dos determinantes sociais, políticos e ambientais exigem que qualquer estratégia para melhorar a saúde deve ser vista no seu contexto socioeconômico e político⁶¹. Haja vista os impactos dos determinantes sociais nos indicadores de saúde; por isso, as consequências das iniquidades são um desafio para os modelos de saúde, no mundo⁸⁰.

Conforme seus objetivos e contextos, podem ser vistos diferentes sentidos para *atenção primária*. Mesmo com limitações e características contextuais, a APS tem sido considerada como uma proposta efetiva, desde a Conferência de Alma Ata (1978), para garantir um modelo de atenção à saúde que atenda às necessidades da população, uma “*Saúde para todos*”. Um sistema de saúde fundamentado na APS (Figura 1) tem como valores a equidade e a solidariedade social, em que o direito à saúde pode ser alcançado, independente de raça, religião, opinião política ou condição socioeconômica. Seus princípios visam responder de forma equitativa e eficiente às necessidades de saúde; monitorar a melhoria e renovação das intervenções, garantindo qualidade, segurança, e intersetorialidade; responsabilizar os governos na prestação de contas com participação e sustentabilidade⁶¹.

Atualmente, é possível identificar os benefícios da atenção primária, há uma maior compreensão dos mecanismos pelos quais eles são alcançados nos sistemas de saúde. As estratégias (cobertura universal com regulamentação estatal, distribuição dos recursos de forma equitativa, abrangência dos serviços de saúde), em conjunto, têm garantido APS de qualidade. Maior acesso ao primeiro contato e uso da APS, cuidado

longitudinal e singular, aumento de serviços disponíveis e coordenação do cuidado são características essenciais e devem continuar sendo avaliadas⁸¹.

Figura 1: Valores, princípios e elementos essenciais em um Sistema de Saúde baseado na APS



Fonte: Organização Panamericana de Saúde⁸².

No Brasil, a intervenção mais ampla visando à modificação do modelo de atenção à saúde é a ESF⁷⁶, que busca o conhecimento individual e do contexto, envolvendo atenção longitudinal, com vistas à singularização do cuidado, com abordagem familiar e comunitária⁶². A estratégia é fundamentada na APS, denominada também de atenção básica. Necessariamente, a ESF tem sido a aposta para a reorganização do modelo e, ao longo das últimas décadas, tem sido alvo de diversas investigações⁶³⁻⁶⁶.

Conill⁸³, discutindo a trajetória da atenção primária na reorganização do modelo de atenção à saúde, chama a atenção para que a ESF não se torne um “*cavalo de Troia*” ou uma “*propuesta mesiánica*”. Aponta algumas questões importantes nesta trajetória, entre elas: a incerteza sobre o alcance da ESF nos indicadores de saúde, a constituição de engenharia administrativa que pode levar ao agir tecnocrático, a necessidade de levar em conta que os atores envolvidos, no cotidiano do serviço, modificam rotinas, teorias e as prescrições técnicas e burocráticas. E, sem descartar a importância das avaliações, a necessidade em equilibrar o excesso de informações a serem coletadas e o retorno das mesmas para as equipes.

2.2. Denominações das Medicinas Alternativas e Complementares

Há mais de três décadas, a OMS tem apontado os potenciais da MAC e estimulado sua implantação nos sistemas de saúde, principalmente na atenção primária¹². No entanto, ela reconhece a diversidade do uso e funções da MT e a dificuldade em definir um termo que possa descrever suas intervenções. Ao longo dos últimos dez anos, é possível encontrar definições similares e a mudança mais recente foi definir o termo *medicina tradicional* como específico para medicina indígena de diferentes culturas, o que pode ser visto nos vários documentos publicados na última década, entre outros:

Definição realizada no documento *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*:

La medicina tradicional (MT) es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y las diversas formas de medicina indígena. (...) si realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acunputura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina complementaria, alternativa o no convencional¹².

Em 2008, a OMS retomou a discussão da denominação e em seu boletim foi referido que o termo (MT/MCA) é um conceito amorfo, em evolução, e fundamentado em diversas práticas, crenças e teorias⁸⁴. Assim, no boletim é sugerido que o termo ‘*traditional, complementary and alternative medicine*’ (TCAM) é mais apropriado para descrever tais terapias no mundo. O termo havia sido indicado no livro *Traditional, complementary and alternative medicine: Policy Public Health Perspectives*⁸⁵.

Recentemente, em 2013, ao construir diretrizes gerais para as metodologias de pesquisa e avaliação da MT, a OMS retomou a discussão e definiu:

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales⁸⁴.

*Los términos medicina complementaria y medicina alternativa, utilizados indistintamente junto con "medicina tradicional" en algunos países, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal*⁸⁴.

Na literatura internacional^{17;22;24;29}, o uso dos termos *complementar e alternativa* é bastante comum, bem como em algumas instituições de pesquisas, como o *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, nos Estados Unidos, apoiando-se na definição da Cochrane do Reino Unido para *complementary and alternative medicine* (CAM). Para a Cochrane, CAM é:

a broad domain of healing resources that encompasses all health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the politically dominant health systems of a particular society or culture in a given historical period^v

Os termos *complementar e alternativo* remetem a momentos históricos distintos. O movimento alternativo pode ser observado no movimento social urbano, designado de *contracultura*, desencadeado nos anos 60 nos EUA e países europeus, atingindo os países latino-americanos, sobretudo nos anos 80^{14,86}. O movimento buscava instituir políticas alternativas de saúde, visto que a medicina hegemônica com alta densidade tecnológica e alto custo limitava o acesso a parte da população, e também não conseguia dar respostas às necessidades de saúde existentes¹³. A proposta alternativa visava criar uma nova racionalidade que valorizasse o conhecimento tradicional e seus agentes, no uso de tecnologias mais custo-efetivas, no desenvolvimento individual e co-participativo¹³. A *alternativa* implicaria necessariamente em mudanças no modelo.

Já a noção de complementar pode ser vista a partir de três perspectivas: primeiro, como uma resposta ultrapassada, ajustada à concepção da modernidade, que tende a naturalizar as disputas internas do campo da saúde; a segunda, procura a resposta por meio do método dialético, *considera que a medicina complementar pode ser a síntese a partir da tese biomédica e da sua antítese alternativa*; a terceira, que

^v *House of Lords Report 2000, section 1.12 apud*⁽¹⁹⁾.

complementar seja uma nova teoria que existe a partir da coexistência de dois paradigmas e busca resposta na epistemologia^{11,13}.

Na década de 90, foi criado o termo “*Medicina Integrativa*” (MI), na intenção que ele retratasse a integração dos saberes e intervenções envolvidas (biomédicas e não biomédicas) mas, ainda se busca uma definição consistente, frente às diversas conceituações³⁹.

2.3. Denominação das Medicinas Alternativas e Complementares no Brasil: a Política de Práticas Integrativas e Complementares

As definições da MAC no SUS sofreram várias mudanças desde suas primeiras discussões. No relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da concepção do SUS, é apresentado, entre os vários princípios que deveriam reger a organização dos serviços, *a introdução de práticas alternativas no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito de escolher a terapêutica preferida*⁸⁷. Em documento com o objetivo de contribuir para a VII Conferência Nacional de Saúde, Biocchini et al⁸⁸ referem: “*Cresce atualmente a importância das práticas alternativas, tais como a homeopatia, a acupuntura e a fitoterapia, em função do recente aumento progressivo de sua demanda*”.

Em 1998, resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação do MS definiram as normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia. A discussão foi retomada em 2003, com a criação de grupo de trabalho no MS com o objetivo de elaborar a *Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares*. A proposta criada pelo grupo foi apresentada na reunião do Conselho Nacional de Saúde, em novembro de 2005, na qual o representante do Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde sugeriu mudança no nome, para *Política Nacional de Práticas Complementares na Saúde*, mudança esta aceita por unanimidade pelos conselheiros, pois, para alguns conselheiros, a palavra *medicina* associaria a Política aos médicos⁸⁹.

Em dezembro do mesmo ano, o MS reapresentou a proposta com as mudanças sugeridas pelos conselheiros e a Política foi denominada de *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, definidas como:

sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos...tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado⁴¹.

2.4. Racionalidades Médicas

A categoria Racionalidades Médicas foi criada por Luz¹⁰ como um tipo ideal weberiano. A categoria foi bastante discutida e difundida pelo Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, desde 1991, que desenvolveu pesquisas no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e, atualmente, está sediado na Universidade Federal Fluminense. A construção da categoria Racionalidades Médicas possibilitou diferenciar sistemas médicos complexos e compará-los. O termo Racionalidades Médicas é definido como:

todo constructo lógico e empiricamente estruturado das cinco dimensões...,tendendo a se constituir ou pretendendo constituir-se em proposições verdadeiras (verificáveis de acordo com os procedimentos da racionalidade científica) e de intervenções eficazes face ao adoecimento humano¹⁰.

As cinco dimensões referidas por Luz¹⁰ estão interligadas e “*complexamente estruturadas em termos de sentidos e significados*”, e são: 1) uma morfologia humana-uma estrutura, forma do ser humano, no caso da racionalidade biomédica, a anatomia; 2) um sistema de diagnose; 3) um sistema terapêutico; 4) uma doutrina -um conjunto de princípios, uma definição do adoecimento; 5) uma dinâmica vital- para a biomedicina seria a fisiologia, para as outras racionalidades o fluxo do *sopro, energia, QI*.

Nessa categoria, estão incluídas a medicina tradicional chinesa, a ayurveda, a homeopatia, a medicina antroposófica e a biomedicina, apesar de se diferenciarem entre si em diversos aspectos. Os sistemas tradicionais de medicina indígena latino-

americano, à medida que, pelo menos, evidenciem quatro dessas dimensões: a dinâmica vital, a doutrina médica, a diagnose e a terapêutica, as quais são dependentes da cosmologia cultural que as origina, também podem ser consideradas como Racionalidade Médica⁹⁰.

As cinco dimensões se fundamentam numa cosmologia, como uma sexta dimensão. A sexta dimensão, com exceção da biomedicina, que se apoia no mecanicismo newtoniano, está relacionada com a visão dos seres humanos e do ambiente como sendo inseparáveis e coextensivos com o universo. Nestas racionalidades, a doença é o resultado de um desequilíbrio de forças naturais e espirituais, compreendida como o rompimento da harmonia com a ordem cósmica em movimento⁹⁰. A estreita relação do microcosmo (o homem) e o macrocosmo (o universo), permeia estas racionalidades fortemente⁹¹.

Por exemplo, a medicina chinesa clássica faz analogia a transformações dos cinco elementos da natureza: água, madeira, metal, fogo e terra e as estações do ano para determinar o diagnóstico e tratamento^{10,38,92}. *“Todas as coisas sobre a terra e no espaço se comunicam com as energias Yin e Yang. O ser humano é um pequeno universo, o corpo tem tudo que o universo tem”*⁹². A doença não é uma patologia específica da biomedicina, é fruto do desequilíbrio do *Qì*, que gera excessos ou insuficiências³⁸. A doutrina da racionalidade médica chinesa considera que o adoecimento se dá por três classes de fatores: os patogênicos externos ou climáticos (vento, o calor de verão, o fogo, o frio, a umidade e a secura), os internos (dificuldade de organizar as emoções) e aqueles que não são externos nem internos (hábitos relacionados à alimentação, ao sono e à sexualidade)³⁸.

Na medicina védica os cinco estados: sólido (terra), líquido (água), radiante (fogo), gasoso (ar) e etéreo (éter) determinam as cinco densidades da matéria visível e invisível e, de acordo com essas características, são empregados os diferentes recursos terapêuticos⁹³. Na clínica da homeopatia, por exemplo, há uma negação da doença como ser

*“a gestalt sintomática, forma histórica mutante, não corresponde nada, a não ser o desequilíbrio da força vital, esse princípio imaterial da vida, postulado ontológico indemonstrável. Sua expressão exterior desarmônica é, no entanto, perceptível através do conjunto dos sintomas, e prova, assim, sua existência.”*⁹⁴

Uma questão fundamental nestas racionalidades é que a *energia* é que organiza a matéria, visto que se fundamentam em um paradigma vitalista¹⁰. O vitalismo entende que “*existe em cada indivíduo um princípio vital, simultaneamente distinto da alma pensante e das propriedades físico-químicas do corpo, que governa os fenômenos da vida*”^{vi}. Apresenta a vida como movimento harmônico, *sopro, dinâmica vital, energia, bioenergia*, e afirma a necessidade de um princípio que não seja apenas material (físico-químico), para explicar os fenômenos vitais. É o fluxo desta *dinâmica vital*, deste *sopro*, que intrinsecamente envolve o contexto no qual o indivíduo vive, que determina o estado de saúde ou doença.

2.5. A Teoria da Estruturação

A teoria da estruturação (TE)⁴ busca superar a dualidade entre ação, sujeito e estrutura proposta pelo estruturalismo e o funcionalismo. É fundamental, na teoria, “*a ontologia da vida social*”, “*as práticas sociais e suas transformações*”. Sua maior inquietação está voltada para as concepções do “*fazer*” e do “*ser*” humano, e de que maneira se realiza a reprodução social e a transformação social. A premissa na TE é compreender o fenômeno nele mesmo, a estrutura, as ações e os agentes são partes e, é ao mesmo tempo a estrutura, daí a ideia de dualidade da estrutura “*como o meio e o resultado da conduta recursivamente organizada por ela*”⁴.

As relações sociais pertencem à padronização de relações sociais no tempo-espço, envolvendo a reprodução de práticas localizadas, e também uma *ordem virtual* de modos de estruturação recursivamente implicados em tal reprodução. Assim, a estrutura se refere, em análise social, às propriedades de estruturação que permitem a delimitação de tempo-espço em sistemas sociais, às propriedades que possibilitam a existência de práticas sociais semelhantes por dimensões variáveis de tempo e de espaço, que conferem uma forma *sistêmica*. A estrutura existe enquanto realidade espaço-temporal, como traços mnemônicos que guiam a conduta dos agentes com sua capacidade cognoscitiva. É um erro explanar o conceito de ação sem que ela esteja historicamente localizada, ou seja, no contexto⁴. Pois, embora os agentes gerem a dimensão estrutural da realidade social, em sua interação com a ação são coagidos por

^{vi} Lalande, 1993, apud⁹⁵.

ela. “*Apenas em sociedades totalitárias poderia haver um único esquema incontestável da conduta humana*”⁹⁶.

Para Bauman⁹⁷, apesar de fazer várias críticas à TE, como à virtualidade do conceito de estrutura, reconhece que a virtude da teoria é recuperar o sujeito como agente reflexivo. Para o autor, Giddens busca elaborar uma Teoria Social instruída hermeneuticamente, com a intenção de substituir a ideia de agente livre de origem utilitarista, e o conceito de estrutura herdado das ciências naturais. “*Busca superar a dualidade entre o homem faz a história ou a história faz o homem*”⁹⁷.

Os conceitos fundamentais da TE: agência, estrutura e agente, possuem relação recursiva. Agente, estrutura e ação são analisados em conjunto. A estrutura possui coerção-facilidade que depende da agência dos agentes envolvidos. Todos os agentes realizam reflexividade. Nesta estruturação, o poder é distribuído entre os agentes, mas o poder é componente da ação e pode ser mais ou menos ampliado consoante os recursos que o ator pode mobilizar⁴.

Ação ou agência refere-se a fazer, capacidade do indivíduo de criar uma diferença. A ação envolve poder, no sentido de capacidade transformadora. Refere-se a uma série de atos discretos combinados para um fluxo contínuo de conduta⁴. A agência envolve a *intervenção* em uma realidade potencialmente maleável⁹⁸ que envolve a cognoscitividade dos agentes, o que eles sabem (creem) acerca das circunstâncias de sua ação e da dos outros, apoiados na produção e reprodução dessa ação, incluindo tanto o conhecimento tácito quanto o discursivamente disponível. O caráter habitual e estável da maior parte das atividades da vida social cotidiana, a preponderância de estilos e formas de conduta familiares, são sustentados por um senso de segurança ontológica visto como rotinização⁴.

A estrutura se refere ao conjunto de regras e recursos envolvidos, de modo cíclico, na produção e reprodução de sistemas sociais. Pode ser usada de um modo técnico e de um modo mais geral. Entendida como regras e recursos, a estrutura está repetidamente subentendida na reprodução de sistemas sociais e é fundamental para a teoria da estruturação. Se usada de um modo mais impreciso, faz-se referência às características institucionalizadas (propriedades estruturais) das sociedades. As regras e os recursos esboçados na produção e na reprodução da ação social são, ao mesmo tempo, os meios de reprodução do sistema (a dualidade de estrutura). A estrutura pode ser conceituada abstratamente como dois aspectos de regras: elementos normativos e códigos de significação. Os recursos também são de duas espécies: recursos

impositivos, que derivam da coordenação da atividade dos agentes humanos, e recursos alocativos, que procedem do controle de produtos materiais ou de aspectos do mundo material⁴.

As categorias de coerção e facilitação também são importantes na TE. Elas aludem certas possibilidades de ação, ao mesmo tempo em que restringem ou negam outras. As coerções estruturais não operam independente dos motivos e razões dos agentes.

“As sociedades humanas, ou os sistemas sociais, não existiriam, em absoluto, sem agência humana. Mas não se trata de que os agentes, ou atores criam sistemas sociais: eles os reproduzem ou transformam, refazendo o que já está feito na continuidade da práxis”⁴.

Referências Bibliográficas

1. Santos M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciênc, Saúde Col.* 2003; 8:1. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100024>.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
3. Popper KR. As origens do conhecimento e da ignorância. In: *Conjecturas e refutações: o progresso científico*. Brasília: Editora UNB; 1994. p.31-58.
4. Giddens A. *A constituição da sociedade*; tradução Alvaro Cabral. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
5. Weber M. A objetividade do conhecimento nas Ciências Sociais In: Cohn, G. (organizador.) *Max Weber: sociologia*. São Paulo: Editora Ática; 1991. p. 79-127.
6. Velho G. Antropologia urbana: Encontro de tradições e novas perspectivas. *Sociol. Probl e Prát.* [online]. 2009; 59: 11-8.
7. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Soc.* 2004; 13: 16-29.
8. Schwandt TA. The centrality of practice to evaluation. *Amer Journ of Evaluat.* 2005; 26: 95-105.
9. Morin, E. *O método 3- o conhecimento do conhecimento*. Porto Alegre: Sulina; 2005.
10. Luz MT. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: Luz MT, Barros NF organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Lappis; 2012.
11. Barros NF, Nunes EDN. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. *Cad Saúde Públ.* 2006; 22:2023-8.
12. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: 2002.
13. Barros NF. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2008.
14. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist Ciên Saúde.* 2009; 16(2): 393-405.
15. Hess DJ. Complementary or alternative? Stronger vs weaker integration policies. *Amer Jour Publi Health.* 2002; 92(10): 1579-81.

16. Nogales-Gaete J. Medicina alternativa y complementaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2004; 4:243-50.
17. Barrett B, Marchand L, Scheder J, Plane MB, Maberry R, Appelbaum D, et al. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *J Altern Complement Med* 2003; 9:937-47.
18. Kunh T. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 2007.
19. Jackson S, Scambler G. Perceptions of evidence-based medicine: traditional acupuncturists in the UK and resistance to biomedical modes of evaluation. *Sociol Health Illness* 2007; 29(3): 412–29.
20. World Health Organization. 2001. Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. Geneva. Disponível em WHO/EDM/TRM/2001.2.
21. Silenzio VMB. What is the role of complementary and Alternative Medicine in public health? *Amer J Publi Health.* 2002; 92(10): 1562-64.
22. Thompson T, Feder G. Complementary therapies and the NHS. *BMJ* 2005; 331:856-7.
23. Fisher P. Homeopathy and The Lancet. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2006; 3(1): 145–7. Disponível em: doi: [10.1093/ecam/nek007](https://doi.org/10.1093/ecam/nek007) PMID: PMC1375230
24. Danell JB, Danell R. Publication activity in complementary and alternative medicine. *Scientometrics* 2009; 80(2): 541–553.
25. Northridge ME, Mack Jr R. Integrating Ethnomedicine into public health. *Amer J Publ Health* 2002; 92(10): 1561. Disponível em: doi: [10.2105/AJPH.92.10.1561](https://doi.org/10.2105/AJPH.92.10.1561)
26. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet.* 2005;366:726–32.
27. Lüdtke R, Rutten AL. The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. *J Clin Epidemiol.* 2008; 61(12):1197-204.
28. McCarthy M. Critics slam draft WHO report on homoeopathy. *Lancet.* 2005; 366 (9487): 705-6.
29. Canter PH, Coon JT, Ernst E. Cost effectiveness of complementary treatments in the United Kingdom: systematic review. *BMJ* 2005; 331:880-1
30. McFarland B, Bigelow D, Zani B, Newsom J, Kaplan M. Complementary and Alternative Medicine use in Canada and the United States. *Ameri J Publ Health.* 2002; 92(10): 1616-18.

31. Nahin RL, Dahlhamer JM, Taylor BL, Barnes PM, Stussman BJ, Simile CM et al. Health behaviors and risk factors in those who use complementary and alternative medicine. *BMC Publ Health* 2007; 7:217.
32. Harris PE, Cooper KL, Relton C, Thomas KJ. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. Disponível em DOI: 10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x
33. Salles SAC, Schraiber LB. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. *Cad Saúde Públ* 2009; 25(1):195-202.
34. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciêñ Saúde Col*, 2011; 16(3):1793-1800.
35. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciêñ Saúde Col*, 2013;18:213-20.
36. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Públ* 2011; 45:1154-9.
37. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Públ*. 2012; 28(11): 2143-54.
38. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Hist Ciêñ Saúde*. 2011; 18(1): 155-74.
39. Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciêñ Saúde Col*. 2011; 16(3):1801-11.
40. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NF, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. *Cad Saúde Públ* 2010; 26(1):7-13.
41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
42. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Relatório de Gestão 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
43. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciêñ Saúde Col*. 2004; 10 (Supl):255-66.
44. Justo CMP, Gomes MHA. A cidade de Santos no roteiro da expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Hist Ciêñ e Saúde*. 2007; 14:1159-71.

45. Frank R. Integrating homeopathy and biomedicine: medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociol Health Illness*. 2002; 24(6): 796–819.
46. Grimaldi-Bensouda L, Engel P, Massol J, Guillemot D, Avouac B, Duru G et al. Who seeks primary care for sleep, anxiety and depressive disorders from physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3 population survey. *BMJ Open*. 2012 2(6):1-10.
47. Queiroz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad Saúde Públ*. 2000; 16: 363-75.
48. Giddens A. Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: Giddens A. *Sociologia*. 8.ª Edição. São Paulo; Fundação Calouste Gulbenkian; 2010.
49. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2006; 347-62.
50. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciêns Saúde Col*. 2003; 8(1):185-207.
51. Coulter I. Genomic medicine: the sorcerer's new broom? *West J Med* 2001;175:424-6.
52. Evans RG, Stoddart GL. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. In: Evans RG, Barer ML, Mamor TR, organizadores. ¿ Por qué alguna gente está sana y outra no? Madri: Diaz de Santos; 1996. p. 29-70.
53. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciêns Saúde Col*. 2004; 9(4):833-40.
54. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. 4ª ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.
55. Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol Health Illness*. 2011; 33(5): 710–25.
56. Nascimento MC. Medicamentos, comunicação e cultura. *Ciêns Saúde Col*. 2005; 10 (Supl):179-193.
57. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012; 344.
58. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Públ*. 1999; 15:7-14.
59. Hansen HS, Rosendal M, Fink P, Risør MB. The general practitioner's consultation approaches to medically unexplained symptoms: a qualitative study. *ISRN Family Med*. 2013: 2-7.

60. Veras, RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos Cad. Saúde Públ. 2012; 28(10).
61. Macinko J, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publ [online]. 2007; 21 (2-3): 73-84.
62. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. Saúde Soc. 2012; 21 (2): 336-50.
63. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Col. 2007; 2:455-64.
64. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. Ciên Saúde Col. 2006; 11(3) 725-31.
65. Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibanez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes centros paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciênc Saúde Col. 2006; 11: 577-606.
66. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc. Saúde Col [periódico na Internet]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-2009000800002&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232009000800002. Acesso em 30 ago.2010.
67. Potvin L. Why we should be worried about evidence-based practice in health promotion. Rev Bras Saúde Matern. Infant. 2005; 5 (Supl 1): S93-7.
68. Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Ciên Saúde Col. 2004; 9(3):521-9.
69. Bodstein RCA. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. B. Tec.Senac: R.Edu.Prof. 2009; 35: 7-15.
70. Leite SN, Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. Hist Ciên Saúde. 2006; 13(1) 113-128.
71. Levi-Strauss C. Antropologia estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1967.
72. Gadamer HG. Verdade e método II. Seleção e tradução de Marco Antonio Casanova. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
73. Schwandt TA. On understanding understanding. Qualitative Inquiry.1999; 5: 451.
74. Van Beurden EK, Kia AM, Zaski A, Dietrich U, Rose L. Making sense in a complex landscape: how the Cynefin framework from complex adaptive systems Theory can inform health promotion practice. Health Promot International.2011;1-11.

75. Paim JS. Atenção à saúde no Brasil In: Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p 15-40.
76. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011.11-31.
77. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de atenção: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufa, 2006. p.19-58.
78. Merhy EE, Malta DC, Santos FP. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, organizador. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE, 2004. p. 45-76.
79. Silva Jr AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde, o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.
80. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; 365:1099-1104
81. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *Gac Sanit*. 2012; 26(Suppl 1) :20-6.
82. Organização Pan- Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde das Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan- Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.
83. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2008; 24 Suppl 1:S7-16.
84. Organización Mundial de la Salud . Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Resolución EB111.R12/2003. Medicina tradicional. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/eb/2003/EB111_R12_spa.pdf . Acesso em 18 out 2011.
85. Bodeker G, Burford G. Traditional, complementary and alternative medicine: Policy Public Health Perspectives. USA: Imperial College Press; 2007.
86. Nascimento MC. De panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa. *Hist Ciên Saúde*: 1998; 1:99-113.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Ministerio da Previdência e Assistencial Social. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987. 29p.
88. Biocchini J, Luz TM. As práticas alternativas na reformulação do sistema de saúde: contribuição para a VII Conferência Nacional de Saúde Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Escola Nacional de Saúde Publica. Textos de apoio: A questão da homeopatia. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1987. p.7-11.

89. Conselho Nacional de Saúde. Ata da centésima sexagésima reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde aos oito, nove e dez dias do mês de novembro. Brasília: CNS, 2005.
90. Luz MT. Prefácio. In: Nascimento MC, organizadora. As duas faces da montanha: estudos sobre a medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Editora Hucitec; 2006. p. 11-15.
91. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciên Saúde Col. 2008; 13: 195-206.
92. Wang B. Princípios de medicina interna do Imperador Amarelo. Tradução de José Ricardo A. Souza. São Paulo: Ícone; 2001
93. Svoboda R, Lade A. Tao e Dharma: Medicina Chinesa e Ayurveda. Tradução de Eduardo P. Ferreira. São Paulo: Pensamento; 2000.
94. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec; 2004.
95. Nascimento MC. Reflexões sobre acupuntura e suas contribuições na atenção a saúde. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. Racionalidades Médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Lappis; 2012. p.343-356.
96. Giddens A. Política, Sociologia e teoria social: encontros com o pensamento social clássico e contemporâneo: tradução de Cibele Saliba Rizek. São Paulo: Unesp; 1998.
97. Bauman Z. Hermeneutics and modern social theory. In: Held D, David e Thompson, John B, organizadores. Social theory of modern societies: Anthony Giddens and his critics. New York:Cambridge University Press, pp. 34-55. 1989.
98. Giddens A. Dualidade da estrutura, agência e estrutura. Oieras: Celta; 2000.

O percurso...

*Lá para as tantas, depois de sorver diversos artigos
na busca de entendimento
e na confusão dos pensamentos
as regras levaram meus mentais recursos
e tive que recomeçar o percurso
de uma metodologia anterior estruturada
Refleti, revi, refiz uma longa estrada
despedi-me de algumas teorias com nostalgia
ao perceber que não mais ao objeto atendia
E, no mergulho para compreender as fontes
percebi quão diversos eram os horizontes
E, com a passagem só de ida
voltar não era a saída
No entendimento a que chegava
era que a tese ali não terminava
Compreendi que a escrita está em construção
assim como a dinâmica da vida, em plena mutação...*

3. O percurso

Para responder aos objetivos da Tese, no percurso metodológico realizamos três recortes que trataram do mesmo tema, mas em ângulos distintos e envolveram métodos quantitativos e qualitativos. Para cada recorte, com objetivos distintos, foi executada uma metodologia e análise específicas desencadeando em três artigos.

Os dados foram coletados a partir das seguintes fontes: a) Bases de dados bibliográficas; b) Documentos (atas, resoluções, portarias e relatórios) do Ministério da Saúde e Conselho Nacional da Saúde que diziam respeito a PNPIC; c) sistemas de informações em saúde (Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde, Sistema de informações ambulatoriais em saúde); b) banco de dados da pesquisa: *Práticas integrativas e complementares no programa de saúde da família voltadas para à atenção à saúde mental: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste* (PICs-NSS) (Quadro 1). A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Fiocruz-PE, sob o número 30/2009.

Quadro 1- Dados coletados no banco de dados - PICs-NSS

Tipo de Dado	Período coleta	Detalhamento
Dados analisados no Artigo 1		
Entrevistas, com o uso de formulários semi-estruturados, com os gestores da atenção primária, das práticas integrativas e complementares e atores-chaves.	2009	06 gestores (atenção primária e PIC) de Recife, Florianópolis e Campinas; Gerentes da atenção básica de Campinas; Profissionais da estratégia de saúde da família de Florianópolis; Gerentes dos Distritos sanitários do Recife;
Dados analisados no Artigo 2		
Entrevistas, com o uso de formulários semi-estruturados com os profissionais que trabalhavam na unidade de cuidados integrais em saúde-referência especializada em práticas integrativas no Recife.	2009 a 2010	05 profissionais (1 médica homeopata e floral, 3 psicólogas- prática corporal, bioenergética e consciência corporal, 1 nutricionista).
Entrevistas com uso de formulários semi-estruturados para os gestores da atenção primária, das práticas integrativas e complementares e atores-chaves no Recife	2009	02 gestores (atenção primária e PIC) 04 atores-chaves (Secretário de Saúde em 2004, Consultor da SMS em 2004, Gerente da unidade 2004 a 2009, Gerente do Distrito Sanitário em 2004)
Grupo focal com profissionais que trabalhavam na unidade de cuidados integrais em saúde-referência especializada em práticas integrativas e complementares no Recife	2009	10 profissionais (1 técnico nutrição, 2 nutricionistas, 2 psicólogas ,5 médicos)
Grupos focais com usuários (realizados dois grupos com usuários distintos) no Recife.	2009 a 2010	Grupo 1- 05 usuários (4 femininos, 01 masculino) Grupo 2- 06 usuários (1 masculino, 5 femininos)

Outra racionalidade

*Do sopro da vida, o vento, o metal
que derrete e transforma a tristeza letal
e faz surgir a água, que corre ligeira
Água, que faz nascer a flor, a madeira
A madeira, com raiva, desperta o fogo, a chama
que estremece de alegria, limpa toda a lama
e alimenta com suas cinzas a terra
Que, novamente, o metal desperta
E, no movimento constante, que não cessa
A vida cria, constrói e recria, sem pressa...*

Artigo 1- Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios

RESUMO

A Medicina Tradicional/Complementar e Alternativa tem crescido no mundo e sua importância vem sendo ressaltada em diversos estudos. No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares incentiva sua inserção e fortalecimento na atenção primária. Buscou-se identificar a oferta dos serviços e de práticas integrativas e complementares no SUS e a produção de atendimentos entre os anos 2000 e 2011, analisando as informações disponíveis nos bancos de dados nacionais vis-à-vis os dados da atenção primária nos municípios de Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina) e Recife (Pernambuco). A análise permitiu identificar um descompasso entre o que se registra nos sistemas de informação e o que se pratica nos municípios. Esse descompasso deve-se, em grande parte, à indefinição do escopo do que se compreende como práticas integrativas e complementares na Política Nacional, o que significa uma grande limitação para sua mensuração e avaliação, já que os sistemas de informação atuais não permitem o registro adequado dessas práticas.

Autores: Islândia Maria Carvalho de Sousa^{I,II}; Regina Cele de Andrade Bodstein^{II}; Charles Dalcanale Tesser^{III}; Francisco de Assis da Silva Santos^I; Virginia Alonso Hortale^{II}

^ICentro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil

^{II}Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

^{III}Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Publicado: Cad. Saúde Pública vol.28 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2012

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula, desde o final da década de 70, a implantação da chamada Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos Sistemas de Saúde^{1,2}. Lançou, em 2002 e 2003, documentos e resoluções com orientações para a referida implantação que incluem quatro pilares fundamentais: estruturação de uma política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso; e o uso racional^{1,2}.

A OMS utiliza o termo Medicina Tradicional para se referir às práticas médicas originárias da cultura de cada país, como por exemplo, a medicina tradicional chinesa, a *ayurveda* hindu, a medicina *unani* árabe e a medicina indígena. Para a OMS, nos países onde o sistema de saúde realiza ações com base na biomedicina, a Medicina Tradicional é classificada como Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas¹. Esse termo significa um conjunto diversificado de ações terapêuticas que difere da biomedicina ocidental^{1,3} que incluem práticas manuais e espirituais, com ervas, partes animais e minerais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados (acupuntura, *reiki*, florais, quiropraxia), atividades corporais (*tai chi chuan*, *yoga*, *lian gong*)¹. Entretanto, não há consenso a respeito dessa nomenclatura, haja vista diferentes realidades e práticas no mundo^{3,4,5,6,7,8}. No México, usa-se o termo Medicina Complementar e Integrativa, em Cuba Medicina Natural e Tradicional, nos Estados Unidos e Canadá Medicina Complementar e Alternativa^{1,9}. No Brasil, utiliza-se práticas integrativas e complementares.

Uma parte relativamente pequena dessas práticas e saberes – acupuntura, técnicas de meditação, plantas medicinais, entre outros – tem sido testada cientificamente, mas com estudos inconclusivos, devido às evidências escassas sobre sua eficácia^{1,4,9,10,11,12}. Há também estudos que avaliam as reações adversas e, portanto, a segurança no seu uso (principalmente de plantas medicinais e suplementos alimentares) e que concluem pela necessidade de maior aprofundamento no tema^{1,11,12}. Tal validação científica é específica para alguns problemas ou doenças, conforme as teorias e a nosografia biomédicas, e impõe limites na avaliação desses saberes e práticas^{10,12,13}. No geral, isola-se técnicas terapêuticas para doenças ou situações específicas, com métodos que satisfazem ou se aproximam de padrões instituídos pela biomedicina^{12,13,14,15,16}. Isso certamente limita seu uso a doenças específicas, desconsiderando o potencial dessas

práticas para promover a saúde entre populações e grupos culturais que utilizam tais saberes há muitas gerações^{13,16,17}.

Apesar da polêmica e da diversidade de conceitos e nomenclaturas, a literatura sobre o tema atribui algumas características comuns às Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas, mesmo que não transportáveis para todo o conjunto e nem para todas as situações ou praticantes, haja vista sua heterogeneidade: a procura de cura e equilíbrio por meio de intervenções que reforçam ou induzem uma resposta natural do organismo^{1,17,18}; um princípio holístico, com enfoque integral dos problemas de saúde e da vida; a busca do equilíbrio entre a mente, o corpo e seu entorno; a ênfase na saúde^{4,18} em lugar da doença e o estímulo ao *empowerment*⁴. Várias delas têm como pressuposto a existência de uma "dinâmica vital", energia, espírito, "sopro", que está além da noção de funcionalidade fisiológica e orgânica^{1,3,7,16}, e que pode ser estimulada. Em que pese os profissionais da atenção primária à saúde, especialmente os médicos generalistas ou médicos de família e comunidade poderem e necessitarem exercitar uma visão mais integral e holística¹⁹, é compreensível sua dificuldade, nesse exercício, pois decorre tanto das características do saber biomédico quanto dos contextos organizacionais e institucionais em que a prática se desenvolve no Brasil. Essa dificuldade parece ser menor nas Medicinas Complementar e Alternativa, ou pelo menos em outras racionalidades médicas, notadamente nas vitalistas^{16,18}.

Como é comum nas situações de cuidado do ser humano em adoecimento (ou mesmo fora dele), nas Medicinas Complementar e Alternativa também há a possibilidade de ocorrer reações adversas, toxicidade e interações entre medicamentos^{11,12}; embora lhes seja creditada menor agressividade¹² e menor potencial iatrogênico do que na biomedicina²⁰. Entretanto, vale registrar a necessidade de ser criterioso na sua abordagem e uso, considerando que tanto os saberes nativos quanto os saberes científicos são pertinentes.

Para além das diferenças terminológicas e conceituais e dos seus possíveis méritos, as Medicinas Tradicional/Complementar e Alternativa se disseminaram no mundo. Estima-se que no continente africano 90% da população da Etiópia, 70% de Benin e Ruanda, e 60% em Uganda utilizem algum tipo de Medicina Tradicional para satisfazer suas necessidades de saúde¹. Na Europa, o percentual de indivíduos que utilizaram alguma vez a Medicina Complementar e Alternativa representa 31% na Bélgica e 75% na França. Na Austrália são 48%^{1,5,11}. No Reino Unido, a cada ano, cerca de um em

cada dez adultos consulta um médico em Medicina Complementar e Alternativa, e 90% deste procedimento se realiza fora do Sistema Nacional de Saúde²¹. Na Índia e na China, que tiveram sua Medicina Tradicional difundida para outros continentes, essas práticas são realizadas nos níveis primários de atenção²⁰. No Canadá, estima-se que 70% da população fazem uso de algum tipo de Medicina Complementar e Alternativa^{1,9}. Nos Estados Unidos, em 1997, o número de atendimentos pelos chamados "curandeiros" (*healers*) foi quase o dobro dos atendimentos realizados nos níveis primários de atenção (629 milhões)⁴, e em 2007, quatro em cada dez adultos afirmaram ter utilizado algum tipo de Medicina Complementar e Alternativa^{1,9}. Para os países em desenvolvimento faltam dados, embora existam indícios de que a população e os profissionais dos serviços públicos de saúde utilizem de forma significativa as Medicinas Tradicional/Complementar e Alternativa nos serviços, para atender às necessidades de saúde desses usuários^{1,3,18,20}.

No Brasil, em 2006, foi estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares³. Uma das suas prioridades foi a inserção e o fortalecimento das práticas integrativas e complementares no nível primário de atenção, com a explicitação dos instrumentos, técnicas e práticas terapêuticas a serem implantados no SUS^{3,7}. Todavia, ainda existem dificuldades de várias ordens para se conhecer sua implantação. Entre elas se destaca a insuficiência de dados de produção e de pesquisas, as limitações no controle destas práticas, a pouca formação e a carência de especialistas^{1,3}.

Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil³, em 2008 existiam no país mais de 800 municípios realizando algumas práticas integrativas e complementares. Ainda que se conheça pouco acerca da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a oferta destas práticas nos serviços de saúde, algumas experiências já ocorriam no país, como por exemplo, nos municípios de Campinas (São Paulo)³, Florianópolis (Santa Catarina)²² e Recife (Pernambuco)²³, entre outros^{3,18,24}. Esse cenário leva a indagar quais as características das práticas integrativas e complementares implantadas nos últimos anos no nível primário de atenção, e o que pode ser visualizado nos sistemas de informação em saúde.

Considerando o contexto referido, este trabalho se propôs a analisar as características da oferta e produção de práticas integrativas e complementares no SUS entre os anos 2000 e 2011, com base em bancos de dados nacionais sobre oferta, profissionais e

produção, vis-à-vis dados primários da atenção primária em saúde, coletados nos municípios de Campinas, Florianópolis e Recife.

Metodologia

Este artigo é resultado do subprojeto da pesquisa *Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família Voltadas para Atenção à Saúde Mental: Estudos de Casos no Nordeste, Sul e Sudeste*. Nesse estudo, de natureza exploratória, os dados referentes aos anos 2000 a 2011 e aos municípios de Florianópolis, Campinas e Recife foram obtidos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), considerando o período em que as consultas em homeopatia e acupuntura passaram a ser incluídas na tabela de procedimentos do SUS.

O CNES é a base cadastral dos sistemas de informação em saúde e registra aspectos da área física, recursos humanos e outros relativos ao funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Essa base foi acessada entre os dias 3 e 27 de agosto de 2009, e 10 de maio de 2012 (<http://cnes.datasus.gov.br>, http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp e <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>). Para análise da evolução da oferta entre 2000 e 2011, os dados coletados referem-se ao mês de dezembro de cada ano com as seguintes variáveis: serviços em práticas integrativas e complementares por estabelecimento de saúde e tipo de prestador, Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de profissionais em práticas integrativas e complementares com e sem atendimento no SUS, tipo de vínculo dos profissionais em práticas integrativas e complementares. A lista oficial das práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares inclui: homeopatia, medicina tradicional chinesa (acupuntura), medicina antroposófica, plantas medicinais e fitoterápicos, termalismo social e crenoterapia²⁴. No CNES essas práticas são classificadas como serviço especializado de práticas integrativas e complementares, e pode ser cadastrado mais de um serviço em um estabelecimento de saúde. Os profissionais cadastrados no CNES foram identificados por meio da CBO (versão 2007): acupunturista (322.105); médico acupunturista (223.101); médico homeopata (223.135); psicólogo clínico/psicólogo acupunturista (251.510). Também foram consultadas as CBO de outros profissionais autorizados a oferecer práticas integrativas e complementares: enfermeiro,

farmacêutico, cirurgião dentista e fisioterapeuta. Para efeito comparativo, realizou-se o cruzamento entre vínculo e carga horária dos profissionais cadastrados no CNES para os municípios do estudo, em relação ao número de profissionais no país.

O SIA oferece instrumentos para o cadastramento, controle orçamentário, cálculo da produção ambulatorial, além de registrar dados voltados para o gerenciamento da capacidade instalada e produzida, dos recursos repassados aos prestadores de serviços públicos e conveniados ao SUS. Para o período do estudo foram selecionadas para o Brasil e os municípios avaliados as seguintes variáveis, por "local de residência" e "quantidade apresentada" por ano: consultas em homeopatia e acupuntura, práticas corporais em medicina chinesa, sessão de acupuntura com aplicação de ventosas e moxa, sessão de acupuntura com inserção de agulhas, sessão de eletroestimulação.

A seleção dos municípios baseou-se nas experiências distintas das práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde, e por terem iniciado suas atividades nestas práticas antes da edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Em Campinas se distribuía em unidades básicas de saúde; em Florianópolis em algumas equipes de saúde da família e, no caso da acupuntura, em duas policlínicas; em Recife em uma unidade especializada em práticas integrativas e complementares referência para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio Matricial às Práticas Integrativas. Entre os meses de setembro de 2009 e janeiro de 2010, foi aplicado um questionário semiestruturado aos gestores municipais, gerentes de unidades de saúde de nível primário de atenção e profissionais das equipes de saúde da família com questões acerca da oferta em práticas integrativas e complementares na atenção primária.

Para análise dos dados foram utilizados os programas Excel 2007 (Microsoft Corp., Estados Unidos) e Statistica 6.0 (Statsoft Inc.; <http://www.statsoft.com>). Para os dados coletados nos sistemas de informações foi realizada análise de consistência. Parte das respostas ao questionário foi usada de forma complementar à análise. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz, sob o número 30/2009.

Resultados

Oferta de serviços de práticas integrativas e complementares no Brasil

O primeiro resultado que chama a atenção foi o de não haver registro de cadastramento de serviços de práticas integrativas e complementares no CNES entre os anos 2000 e 2006. Apesar das consultas de acupuntura e homeopatia serem registradas no SIA desde 1999, observou-se que o cadastramento destes serviços no CNES iniciou após 2006 e que, entre 2007 e 2011, o número de serviços cadastrados no país aumentou de 505 para 3.565, ou seja, 7,06 vezes, com predominância das práticas corporais e acupuntura.

Como um estabelecimento de saúde podia oferecer mais de um tipo de serviço em práticas integrativas e complementares (ambulatorial ou hospitalar), 87% eram públicos, em sua maioria centros de saúde e unidades básicas de saúde, dos quais, 57% ofereciam procedimentos de práticas corporais. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos serviços no Brasil, por tipo de prestador, para os anos 2007 e 2011.

Tabela 1 – Número e percentual de serviços de saúde¹ em práticas integrativas e complementares por tipo de prestador, Brasil – 2007 / 2011.

Prestador	Público				Privado			
	2007		2011		2007		2011	
Serviços	n	%	n	%	n	%	n	%
Acupuntura	93	20	484	15	21	54	255	56
Fitoterapia	28	6	61	2	...	...	8	2
Outras técnicas MTC	68	15	376	12	6	15	34	7,5
Práticas corporais	230	49	2064	66	3	8	98	22
Homeopatia	38	8	96	3	7	18	47	10
Termalismo	3	1	21	1	1	2,5	4	1
Med. Antropósfica	6	1	10	1	1	2,5	7	1,5
TOTAL	466	100	3112	100	39	100	453	100

Fonte: Cnes/SUS/Ministério da Saúde. Mês de referência dezembro.

Nota: (1) inclui os prestadores filantrópicos que corresponde a aproximadamente de 1% dos prestadores privados.

Legenda: (...) não houve o registro de serviços no período. (MTC) Medicina Tradicional Chinesa.

Oferta de serviços de práticas integrativas e complementares em Campinas, Florianópolis e Recife

De acordo com os dados do CNES, existiam em 2007 serviços cadastrados em práticas integrativas e complementares em Campinas e em Recife. Em Florianópolis, esses serviços passaram a ser cadastrados a partir de 2008, com 59 serviços, e 168 em 2011. Durante esses anos, a oferta de serviços de práticas integrativas e complementares teve crescimento distinto nos municípios, respectivamente, de 2 a 17 em Recife, e de 57 a 101 em Campinas. Em 2011, 286 desses serviços estavam cadastrados em 102 estabelecimentos de saúde dos três municípios. O serviço práticas corporais era em maior número (129), seguido de outras técnicas em Medicina Tradicional Chinesa (77), acupuntura (53) e homeopatia (29); os serviços de medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia não estavam cadastrados. No Município de Recife, os serviços de fitoterapia e homeopatia não estavam cadastrados.

Na comparação dos três municípios com o Brasil, observou-se concentração do serviço "práticas corporais" em Florianópolis, presente em mais de 90% dos estabelecimentos de saúde, dentre os quais, três centros de atenção psicossocial. Em Recife, uma clínica especializada (referência para atenção em práticas integrativas e complementares) e três hospitais. A acupuntura e a homeopatia concentravam-se em maior número nas clínicas privadas. Já as "práticas corporais" concentravam-se nos centros de saúde e unidades de nível primário de atenção.

Profissionais das práticas integrativas e complementares no Brasil

Entre 2009 e 2010 foram incluídas na CBO as seguintes ocupações: fisioterapeuta acupunturista (223.650), fisioterapeuta quiropraxista (223.645), técnico em quiropraxia (322.125), terapeuta holístico (322.125) e técnico em acupuntura (322.105). Esse último substituiu a CBO acupunturista, impossibilitando o profissional de nível superior de ser cadastrado como acupunturista. Por outro lado, a classificação psicólogo clínico/psicólogo acupunturista (CBO 251.510) impossibilitou identificar no CNES se este profissional era acupunturista ou clínico e qual a sua atividade no estabelecimento de saúde em que estava cadastrado. O mesmo ocorreu com os enfermeiros, farmacêuticos e cirurgiões-dentista, cujas classificações não contemplavam o detalhamento necessário que evidenciasse a relação com as práticas integrativas e complementares.

Só foi possível comparar a oferta de profissionais no CNES, entre 2007 e 2011, nas seguintes ocupações: acupunturista, médico homeopata, médico acupunturista. Embora o número de profissionais tenha aumentado entre 2007 (2.927) e 2011 (4.368), correspondia principalmente aos que não atendiam no SUS. Nesse período diminuiu o número de acupunturistas no SUS, devido ao início do registro de novas CBO. Assim, para o total de 4.368 profissionais cadastrados em 2011, 77% estavam distribuídos entre médicos acupunturistas e homeopatas, e 23% entre fisioterapeutas acupunturistas, técnicos em acupuntura, técnico em quiropraxia, terapeuta holístico e fisioterapeuta quiropraxista.

O número de profissionais cadastrados em estabelecimentos que não atendiam ao SUS no Brasil era maior em todas as ocupações, principalmente para os médicos acupunturistas e homeopatas (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de profissionais em práticas integrativas e complementares inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde por tipo de ocupação e atendimento ao SUS, Brasil - 2007/2011.

Ocupação	2007			2011		
	SUS	Não SUS	Total	SUS	Não SUS	Total
Acupunturista/terapeuta natural	118	212	330	...	...	...
Fisioterapeuta acupunturista	...	...	...	247	302	549
Fisioterapeuta quiropraxista	...	...	...	1	12	13
Médico Acupunturista	474	693	1167	551	1144	1695
Médico Homeopata	560	870	1430	580	1093	1673
Tecnico Acupuntura	...	...	...	88	254	342
Terapeuta Holístico	...	...	...	11	26	37
Terapeuta quiropraxia	...	...	...	15	44	59
Total	1152	1775	2927	1493	2875	4368

Profissionais das práticas integrativas e complementares em Campinas, Florianópolis e Recife

Em 2011, nos municípios selecionados e nas classificações relacionadas às práticas integrativas e complementares, foram encontrados 211 profissionais, dos quais 83% eram médicos acupunturistas e homeopatas e 17% fisioterapeutas acupunturistas e técnicos em acupuntura e quiropraxia. As mudanças que ocorreram no cadastro dos profissionais nesses municípios entre 2007 e 2011 foram devido ao aumento de

médicos acupunturistas e à inserção do técnico em quiropraxia na lista de prestadores privados em Florianópolis e na do CBO de fisioterapeuta acupunturista nos três municípios. Não foi encontrado o registro de fisioterapeuta quiropraxista e terapeuta holístico. A análise por CBO em 2011 identificou 22 profissionais com duas CBO em práticas integrativas e complementares e 172 com mais de uma CBO, desenvolvendo outra especialidade médica. Quanto à distribuição por municípios, 95 estavam cadastrados em Campinas, 59 em Recife e 57 em Florianópolis. A concentração de médicos acupunturistas e homeopatas seguiu a mesma que no Brasil.

Ao analisar o tipo de prestador (público ou privado) e o vínculo empregatício dos profissionais, observou-se que 42% tinham vínculo como prestador público e 35% como prestador público e privado, e 23% exclusivamente como prestador privado. Desses últimos, 57% tinham vínculo empregatício.

Produção em práticas integrativas e complementares no Brasil e nos municípios selecionados

A partir de 2000, foi possível acompanhar a produção de consultas em acupuntura e homeopatia; os procedimentos sessão de acupuntura (ventosa, moxa, eletroestimulação) e práticas corporais só passaram a ser registrados no SIA após 2007. Entre os anos 2000 e 2005, no Brasil, as consultas em homeopatia passaram de 15 para 17 por 10 mil habitantes/ano. No mesmo período, as consultas em acupuntura passaram de 10 para 15 por 10 mil habitantes/ano. Quando comparadas a produção em acupuntura e em homeopatia com as demais práticas integrativas e complementares entre 2006 e 2011, constatou-se que as sessões de acupuntura e as práticas corporais tiveram maior registro após a edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e, no caso das práticas corporais, o registro passou de 1 para 8 por 10 mil habitantes/ano; e a sessão de acupuntura com inserção de agulhas, de 5 para 56 por 10 mil habitantes/ano (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de consultas e procedimentos (por 10.000 habitantes¹) em práticas integrativas e complementares, Brasil- 2006 - 2011.

Procedimentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consulta homeopatia	17	17	16	17	16	15
Consulta acupuntura	17	21	21	19	19	18
Sessão acupuntura agulha	...	5	11	35	19	56
Sessão eletroestimulação	...	1	1	2	4	5
Sessão acupuntura ventosa	...	1	2	1	2	4
Práticas Corporais MTC	...	1	6	13	8	8
Total	34	46	57	87	68	106

Nos três municípios selecionados, entre 2000 e 2005 a produção das práticas integrativas e complementares variou para mais ou para menos quando comparada ao Brasil. Em Campinas, aumentou o número de consultas em acupuntura e homeopatia. Nesse mesmo período, em Florianópolis, as consultas em homeopatia diminuíram de 63 para 41/10 mil habitantes/ano e em Recife, de 28 para 11/10 mil habitantes/ano.

Entre 2006 e 2011, há variação para mais ou para menos em todos os procedimentos. A consulta em homeopatia nos três municípios é a que apresenta maior flutuação, ou seja, em Campinas diminui 34%, em Recife 60% e em Florianópolis 82% (Tabela 4).

Tabela 4 – Número de consultas e procedimentos (por 10.000 habitantes¹) em práticas integrativas e complementares realizadas em Campinas, Florianópolis e Recife. Brasil - 2006 - 2011.

Município						
Procedimentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Campinas						
Consulta Homeopatia	86	82	58	55	52	55
Consulta Acupuntura	66	65	5	3	1	2
Sessão acupuntura agulha	...	6	7	8	1	7
Sessão eletroestimulação	...	...	...	...	...	...
Sessão acupuntura ventosa	...	...	...	1	...	...
Práticas Corporais MTC	...	...	...	1	2	4
Total	152	153	70	68	56	68
Florianópolis						
Consulta Homeopatia	37	13	2	3	7	7
Consulta Acupuntura	177	123	3	73	106	109
Sessão acupuntura agulha	...	...	3	72	104	108
Sessão eletroestimulação	...	...	...	...	...	...
Sessão acupuntura ventosa	...	...	...	1	2	...
Práticas Corporais MTC	...	...	...	...	...	...
Total	214	136	8	149	219	224
Recife						
Consulta Homeopatia	42	36	36	15	19	17
Consulta Acupuntura	19	32	23	47	19	24
Sessão acupuntura agulha	...	13	25	47	19	29
Sessão eletroestimulação	...	2	...	2	...	3
Sessão acupuntura ventosa	...	...	...	1	...	1
Práticas Corporais MTC	...	...	...	...	...	7
Total	61	83	84	112	57	81

Fonte: elaboração própria com base no Sia/Sus/Ministério da Saúde.

Nota: (1) Estimativa da população brasileira realizada pelo IBGE.

Legenda: (...) não foi houve de produção no período. (MTC) Medicina Tradicional Chinesa.

Características das práticas integrativas e complementares nos municípios

Antes de 2006, os três municípios selecionados implantaram as práticas integrativas e complementares, no entanto adaptadas ao contexto local. Em Campinas, desde 2003 elas se distribuem nos serviços de atenção primária. Em Recife, desde 2004 existe uma unidade de saúde denominada Cuidados Integrals em Saúde que funciona como referência para o nível primário de atenção, no qual, a partir de março de 2010, passou a funcionar um núcleo de apoio matricial às práticas integrativas e complementares. Em Florianópolis, as práticas são realizadas majoritariamente por profissionais das equipes de saúde da família com especialidade em práticas integrativas e complementares.

Mesmo após a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, constatou-se que dois municípios continuam sem definições normativas sobre suas atividades e ainda com dificuldades para o cadastramento no CNES; inclusive os serviços previstos na normativa nacional e encontrados nos achados empíricos (medicina antroposófica e homeopatia). Os dados mostram profissionais trabalhando como terapeutas holísticos sem o devido registro, apesar de ser possível a criação de uma nova CBO.

É também diferenciado o entendimento do que considera a prática integrativa. Em Campinas, todos os gestores das unidades do nível primário de atenção responderam que ofereciam algumas práticas integrativas e complementares, e vários deles citaram como exemplo o artesanato, os grupos terapêuticos e de prevenção (diabetes, hipertensos, obesos, idosos, entre outros). Em Florianópolis, nem todas as práticas corporais são consideradas práticas integrativas e complementares, apesar de terem sido registradas como tal. Atividades como grupos de caminhadas ou de ginástica para idosos ou obesos estão relacionadas a fatores de risco de natureza biomédica e não deveriam ser consideradas práticas integrativas e complementares. O setor de cadastramento dos serviços municipais no CNES justificou a decisão de cadastrar todas as unidades do nível primário de atenção como serviços com práticas corporais, independentemente de serem, para ter um cadastro pronto e, assim, seu registro pudesse se viabilizar de imediato. Dois aspectos a esse respeito são comuns aos demais municípios. Em primeiro lugar, foi difícil distinguir práticas corporais terapêuticas, de promoção da saúde e preventivas em geral, ligadas ao cuidado biomédico, das práticas integrativas e complementares. Em segundo lugar, existiam mais serviços de práticas integrativas e complementares nos municípios do que o registrado no CNES. De acordo com as respostas ao questionário, alguns profissionais faziam um "acordo informal" com a coordenação da unidade de saúde para realizar práticas integrativas e complementares, como por exemplo, a dança circular, a *shantala* e o toque terapêutico em Campinas; o *reiki* e a acupuntura em Recife; e em várias ESF de Florianópolis.

Discussão

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares favoreceu a visibilidade nos sistemas de informação em saúde das práticas que vinham sendo desenvolvidas, porém sem detalhar o que pode ser registrado como práticas integrativas e complementares. A existência de duas Portarias (nº. 971 de 2006 e nº. 853 de 2006)³ pouco esclarecedoras quanto ao termo práticas corporais e outras técnicas, pode caracterizar essa indefinição, favorecendo diferentes maneiras de registro. Essa discussão remete à necessidade de diferenciar sistemas médicos complexos (Racionalidades Médicas)^{16,17} de técnicas terapêuticas que atuam de forma complementar à racionalidade biomédica.

O Brasil difere de outros países na oferta de práticas integrativas e complementares, pois predominam as práticas corporais, principalmente nos serviços públicos, o que não coincide com os estudos realizados em países da América Latina^{3,20,25}. No SUS, as atividades físicas fazem parte das estratégias para a promoção da saúde, e são justificadas pelos estudos internacionais²⁶ que mostram sua efetividade para alguns fatores de risco à saúde. No entanto, há poucos estudos sobre essas "práticas" de promoção da saúde realizadas nos níveis primários de atenção, incluída a ESF.

É inegável e benéfica a aproximação das práticas integrativas e complementares à política de promoção da saúde¹⁷. No entanto, a permanência da imprecisão conceitual dificulta o seu registro, mostra a fragilidade na institucionalização dessas práticas e, em consequência, sua avaliação. Em contraste, quando se trata dessa oferta por outros países (China, Índia, Indonésia, Madagascar, Mongólia), os investimentos concentram-se nos níveis primários de atenção e incluem majoritariamente o uso de plantas medicinais, acupuntura e homeopatia^{1,20}.

Os resultados aqui apresentados mostram que a acupuntura e a homeopatia predominam como oferta do prestador privado e que os procedimentos em acupuntura se expandiram no SUS somente após a permissão do seu exercício por enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde²⁷, mas a homeopatia continuou com baixa oferta.

Existem poucos serviços de fitoterapia cadastrados no CNES. A política de medicamentos fitoterápicos no SUS é ainda polêmica e tem sido alvo de críticas, principalmente porque há poucos estudos de efetividade, mesmo com os vários

incentivos da OMS^{1,2} e do Ministério da Saúde do Brasil³. Esse aspecto pode mostrar, da mesma forma que em outros países da América Latina²⁵, que a institucionalização é insuficiente para o seu desenvolvimento.

Avaliar a oferta das práticas integrativas e complementares no SUS pode contribuir com as estratégias que a OMS tem desenvolvido para a expansão das Medicinas Tradicional/Complementar e Alternativa nos países membros^{1,2,20}. É importante destacar que a maioria dos estudos que discutem as Medicinas Tradicional/Complementar e Alternativa revela pouco acerca da sua oferta nos sistemas de saúde, discute mais seu uso pela população^{9,11,21,28,29}.

O número de profissionais responsáveis pelas práticas integrativas e complementares cadastrados no CNES é muito menor que o da oferta desses serviços, com exceção da homeopatia, o que pode sugerir que há mais profissionais realizando essas práticas, mas sem registro no sistema. Embora a *Portaria n.º. 853 de 2006*²⁴ tenha tornado possível o registro da produção em práticas integrativas e complementares de outros profissionais, como enfermeiro e cirurgião-dentista, que passaram a registrar o atendimento em acupuntura, a ausência de CBO específica limita esse registro no CNES e conseqüentemente sua análise, apesar de ter dado visibilidade a categorias profissionais como a fisioterapia²⁷. É possível que a oferta de profissionais seja maior, considerando que alguns estabelecimentos privados podem não ter se cadastrado. Estudo realizado no Distrito Federal corrobora o presente trabalho ao mostrar que existe uma grande diversidade nas atividades e de profissionais que realizam práticas integrativas e complementares³⁰.

Do mesmo modo, o número de médicos acupunturistas e homeopatas cadastrados no CNES se aproxima do relatado na *Demografia Médica no Brasil*³¹. A formação em práticas integrativas e complementares no Brasil é difusa; os cursos são oferecidos por instituições de natureza majoritariamente privada³⁰, além da oferta de disciplinas eletivas em algumas universidades federais. Nos municípios selecionados, observou-se que as universidades federais oferecem disciplinas eletivas em homeopatia e acupuntura para os cursos de medicina, além de uma residência e curso de especialização. No entanto, a maior oferta de especialização em acupuntura é realizada por instituições de natureza privada.

Nos casos de Florianópolis e Recife, a análise do número de atendimentos das práticas integrativas e complementares no nível primário de atenção foi dificultada porque incluía a rede básica e o nível secundário; diferentemente de Campinas, cujas práticas integrativas e complementares são cadastradas nas unidades básicas de saúde.

Na comparação dos dados do CNES e do SIA para os municípios selecionados, vis-à-vis as respostas aos questionários, foi possível compreender que a oferta é mais diversificada no nível primário de atenção, incluindo, por exemplo, biodança, terapia floral e atividades da dinâmica energética do psiquismo, porém sem códigos disponíveis nos seus formulários. Pode-se supor que a oferta dos serviços esteve atrelada ao apoio da gestão local e interesse dos profissionais especializados, mesmo na ausência de uma política nacional.

Ao comparar o número de profissionais com o cadastro dos serviços em práticas integrativas e complementares nos estabelecimentos públicos, constatou-se que todos os serviços nestas práticas, exceto as corporais, tinham um número significativamente menor de profissionais cadastrados atendendo no SUS. É o caso da homeopatia, com 580 profissionais credenciados em 2011 que informaram vínculo com o SUS, quando só estavam cadastrados 96 serviços públicos em homeopatia no mesmo ano.

A inconsistência dos dados cadastrados no CNES (número de profissionais e número de serviços) evidencia a necessidade de aprimoramento deste banco de dados. A relação entre o número de médicos homeopatas e os serviços públicos em homeopatia merece maior detalhamento, pois a indicação de existir cinco médicos por serviço de homeopatia oferece um retrato diferente do de outros estudos no país^{8,22,24,30}.

Outro indicador importante, o vínculo profissional, encontrado no nosso trabalho, tem sido pauta de discussões entre o Ministério da Saúde, órgãos colegiados dos secretários municipais e estaduais e órgãos de fiscalização após a publicação da *Portaria nº. 134* de 2011, que limita o número de vínculos a ser registrado no CNES³².

Uma das dificuldades para expansão da oferta de práticas integrativas e complementares no SUS diz respeito ao pouco investimento em formação profissional nas instituições de ensino e o explícito interesse das categorias profissionais em tornar cada prática integrativa e complementar uma especialidade²³. As práticas integrativas e complementares (exceção feita à homeopatia) têm sido um campo de trabalho interdisciplinar, na acepção de Campos & Domitti³³ de "núcleo e campo de práticas

profissionais em saúde". Limitar essas práticas em núcleos por profissões já existentes restringe o acesso e o desenvolvimento das mesmas no SUS e na atenção primária em saúde (embora a capacitação para a prática institucional das práticas integrativas e complementares seja um problema complexo, muito além do escopo deste trabalho).

Considerações finais

Este estudo, apesar de analisar três municípios em contextos específicos, possibilitou caracterizar o perfil de oferta e produção das práticas integrativas e complementares, revelando, porém, inconsistências nos sistemas de informação e limites nas normatizações vigentes.

O incentivo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares para inserção e fortalecimento dessas práticas nos níveis primários de atenção esbarra em alguns obstáculos. O que pode parecer flexibilidade, ou seja, a não definição clara do escopo do termo práticas complementares e integrativas, significa uma grande limitação para a avaliação e o monitoramento de sua oferta e resultados. Os atuais sistemas de informação não permitem o seu registro de forma adequada. Muitas práticas não constam na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e não dispõem de códigos nos formulários do CNES e SIA (por exemplo, terapia floral), e os profissionais que realizam procedimentos de práticas integrativas e complementares nesse nível só conseguem fazer o registro em separado, pois o elenco de oferta nestas práticas é classificado como atividades especializadas.

Ficou clara a subnotificação do CNES e o fato de que o Sistema de Informação não conseguiu captar a dinâmica da oferta do nível local. Foi possível constatar que há um distanciamento entre o registrado e o praticado, e algumas vezes isto se deve aos limites impostos por esses sistemas. Outras vezes, há pouca agilidade do município em atualizar as informações e no entendimento conceitual do que são práticas integrativas e complementares. Outro aspecto importante diz respeito à qualidade do dado: aqueles registrados no SIA e CNES não correspondem à oferta e também não há integração entre os referidos sistemas.

A ênfase na atenção primária para a oferta de práticas integrativas e complementares poderá ser mensurada, monitorada e avaliada, desde que sejam desenvolvidos indicadores e alternativas de registro, o que ainda não ocorreu.

E finalmente, o estudo permitiu identificar um descompasso entre o que se registra nos sistemas de informação e o que é praticado nos municípios. Esse descompasso pode ser devido, em grande parte, à indefinição do escopo do que se compreende como práticas complementares e integrativas dentro da Política Nacional; o que significa uma grande limitação para sua mensuração e avaliação.

Colaboradores

I. M. C. Sousa contribuiu na concepção da pesquisa, elaboração e revisão inicial e final do artigo. R. C. A. Bodstein, V. A. Hortale e C. D. Tesser colaboraram na revisão inicial e final do artigo. F. A. S. Santos participou da coleta e análise dos dados nos sistemas de informações, dados empíricos e revisão do artigo.

Agradecimentos

Ao professor Nelson Filice de Barros (Universidade Estadual de Campinas) pela contribuição na coleta de dados primários. Ao professor Domicio Sá (Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco) pela contribuição na coleta de dados no sistema de informação em saúde.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud . Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Resolución EB111.R12/2003.Medicina tradicional. http://whqlibdoc.who.int/eb/2003/EB111_R12_spa.pdf (acessado em 18/Out/2011).
3. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. http://dab.saude.gov.br/semi_praticas_integrativas.php (acessado em 20/Jan/2010).
4. Barrett B, Marchand L, Scheder J, Plane MB, Maberry R, Appelbaum D, et al. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *J Altern Complement Med* 2003; 9:937-47.
5. Nogales-Gaete J. Medicina alternativa y complementaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2004; 4:243-50.

6. Vickers A. Complementary medicine. *BMJ* 2000; 321:683-6.
7. Barros NF, Nunes EDN. Complementary and alternative medicine in Brazil: one concept, different meanings. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2023-8.
8. Ayers SL, Kronenfeld JJ. Using factor analysis to create complementary and alternative medicine domains: an examination of patterns of use. *Health (London)* 2010; 14:234-52.
9. McFarland B, Biegelow D, Zani B, Newson J, Kaplan M. Complementary and alternative medicine use in Canada and the United States. *Am J Public Health* 2002; 10:1616-8.
10. Lewis MBA. Risk and efficacy in biomedical media representations of herbal medicine and complementary and alternative medicine (CAM). *Evid Based Complement Altern Med* 2011; 16:210-7.
11. Flaherty JH, Takahashi R. The use of complementary and alternative medical therapies among older persons around the world. *Clin Geriatr Med* 2004; 20:179-2000.
12. Süsskind M, Thürmann PA, Lüke C, Jeschke E, Tabali M, Matthes H, et al. Adverse drug reactions in a complementary medicine hospital: a prospective, intensified surveillance study. *Evid Based Complement Altern Med* 2012; [Epub ahead of print]
13. Coulter I, Willis E. Explaining the growth of complementary and alternative medicine. *Health Sociology Review* 2007; 16:214-25.
14. Wearing M. Medical dominance and the division of labour in the health professions. In: Grabich C, editor. *Health in Australia: sociological concepts and issues*. Frenchs Forest: Pearson Longman; 2004. p. 260-89.
15. Coulter I, Willis E. The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *Med J Aust* 2004; 180:587-9.
16. Luz MT, Camargo Jr. KR. A comparative study of medical rationalities. *Curare Journal of Ethnomedicine* 1997; 12:47-58.
17. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1732-42.
18. Queiroz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:363-75.
19. Pietronni P. Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine. *BMJ* 1992; 305:564-6.
20. World Health Organization. Report of the WHO Interregional Workshop on the Use of Traditional Medicine in Primary Health Care. Ulaanbaatar: World Health Organization; 2009.
21. Thompson T, Gene F. Complementary therapies and the NHS. *BMJ* 2005; 331:856-7.
22. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:249-57.

23. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:1154-9.
24. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
25. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama-López S, Orozco-Núñez E. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública Méx* 2001; 43:41-51.
26. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. *JAMA* 1995; 273:402-7.]
27. Santos FAS, Gouveia GC, Martelli PJJ, Vasconcelos EMR. Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não médicos. *Rev Bras Fisioter* 2009; 13:330-4.
28. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbancoet TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 4:246-52.
29. Álvarez C, Luz S. El uso de medicina alterantiva y medicina tradicional en Medellín, 2005. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública* 2007; 25:100-9.
30. Parreiras AMP, Pereira Neto MR. Das Medicinas Tradicionais às práticas integrativas de saúde. Caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal. Brasília: Universidade Nacional de Brasília/ObservaRH, 2010.
31. Scheffer M. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina, 2011. http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf(acessado em 16/Mai/2012).
32. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Boletim virtual. http://www.conass.org.br/aplicacoes/boletim/dsp_boletimmais.php?id_textomat_eria=1818&id_boletim=1090&id_tema=1092 (acessado em 20/Mai/2011).]
33. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:399-407.

A fala da experiência para a ciência

*_Minha avaliação também importa
fala o doente ao abrir a porta
_Talvez a minha experiência
_possa enriquecer tua ciência*

*A tua racionalidade instrumental
faz um diagnóstico e indica o remédio para o mal
Mas, lembra, é na minha vida prática que ages
e é minha vida, não apenas doença que comprazes*

*Se, satisfação, na prática, desejas
saiba que não apenas tu a cura almeja
E a cura, cuidado ou tratamento
tem no cultural e social seu alimento*

Artigo 2- A estruturação do cuidado nas Medicinas Alternativas e Complementares no modelo de atenção à saúde: estudo de caso no Recife

Resumo: A necessidade de modificar e/ou ampliar o modelo de atenção à saúde tem longa tradição no debate sobre a atenção primária no Brasil e no mundo. O modelo baseado principalmente na biomedicina tem sido questionado, bem como a possibilidade de sua ampliação e redefinição do cuidado em saúde, a partir da inclusão das medicinas complementares e alternativas. O uso das medicinas alternativas e complementares na atenção primária já foi regulamentado pelo Sistema Único de Saúde. Este estudo busca compreender como os agentes estruturam o cuidado na atenção primária por meio do seu uso e se isso tem provocado mudança do modelo, efetivando uma ampliação do cuidado. Trata-se de um estudo qualitativo delineado como um estudo de caso com análise da conduta estratégica dos atores, tendo como foco a medicina alternativa na atenção primária no município do Recife-PE. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, grupos focais e análise de documentos. Os resultados demonstraram a capacidade dos agentes em construir o cuidado dentro do modelo biomédico fundamentado em outras racionalidades, mas com pouca repercussão na estrutura do modelo. Por outro lado, foram observadas mudanças a partir das falas dos profissionais, evidenciando uma maior consideração pelas experiências singulares do adoecimento, uma ressignificação do cuidado, inclusão de novas abordagens terapêuticas sem uso de medicamentos, interação maior com o contexto de vida dos usuários e com as práticas de promoção da saúde, acompanhamento longitudinal. A partir de evidências colhidas entre os usuários, observou-se que a efetividade do cuidado é tida como sucesso prático. O estudo demonstra a importância de ampliar o modelo atual, permitindo uma nova *práxis* no cuidado em saúde com o uso das Medicinas Alternativas e Complementares.

Introdução

As rápidas mudanças no modo de vida, no envelhecimento, no perfil de adoecimento e mortalidade da população mundial têm conferido aos sistemas de saúde grandes desafios. Para responder a estes desafios são desenvolvidos modelos de atenção à saúde, os quais decorrem de influências políticas, econômicas, culturais e científicas de cada país. São esses modelos que definem o que são problemas de saúde e como tratá-los; como organizar as ações de saúde e para quais indivíduos, além de definir quais os profissionais necessários^{1,2,3}.

Os modelos de atenção à saúde consistem na organização das ações para a intervenção em problemas de saúde existentes em uma coletividade, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos. Há várias possibilidades de organização de modelos: podem ser centrados no atendimento aos doentes, intervenções organizadas ou que incluam ações de promoção e prevenção da saúde⁴. Em grande parte dos países ocidentais os modelos de atenção têm sido pautados pela hegemonia da racionalidade biomédica, com foco na especialidade médica, mesmo tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como prioritária^{3,5-8}.

No entanto, há inúmeros estudos que atestam a disseminação e crescimento de outras racionalidades, denominadas Medicinas Alternativas e Complementares (MACs)^{5,9-13}. O seu uso tem provocado debates acirrados¹⁴⁻¹⁸, gerando várias polêmicas, principalmente após o posicionamento da Organização Mundial de Saúde, que publicou documentos favoráveis à sua integração nos sistemas de saúde nacionais, ampliando o acesso e pesquisas para garantir segurança, eficácia e qualidade⁵.

No Brasil, a discussão do Modelo de Atenção à Saúde (MAS) vem acompanhando o debate sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a forte influência da racionalidade biomédica, gerando críticas acerca das práticas de cuidado existentes^{3,19-21}. Para o enfrentamento dos desafios impostos ao SUS, desde a década de 90, várias propostas foram implementadas², envolvendo o fortalecimento da APS com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1996.

A ESF foi ampliada para todo o país como caminho e *estratégia* para reestruturar o MAS, na perspectiva de ampliar o cuidado em saúde ao utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade no território, incluindo estratégias de promoção da saúde. No entanto, apesar de sua expansão a ESF não se mostrou suficiente para reestruturar o modelo de atenção²²⁻²⁵. Seu cuidado está limitado

ao determinismo biológico e nosológico e associado, principalmente, à produção de consultas, exames diagnósticos, prescrição de medicamentos e prevenção de riscos²⁰.

É neste contexto que foi implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com o objetivo de incorporar as MACs, com ênfase na APS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral²⁶. A implantação da PNPIC possibilitou o registro de algumas MACs, sendo possível verificar o seu crescimento nos serviços públicos de saúde, na última década²⁷.

O cuidado estruturado pelas MACs considera a reflexividade na relação entre profissional e usuário. E ainda, que cada indivíduo tem uma constituição e circunstâncias sociais próprias, o que determina tratamentos distintos, inclusive em pessoas com o mesmo diagnóstico^{5,10}. Os profissionais nas MACs têm consciência de que estão lidando com o processo de adoecimento, no qual o valor da experiência subjetiva é tão precioso quanto a avaliação racional^{25,28,29}. A doença se relaciona com as subjetividades, emoções e a maneira como o indivíduo se relaciona consigo e com o seu meio. Deste modo, as ações de cuidado não visam intervir diretamente na doença, mas em suas causas, atreladas ao estilo de vida e ao contexto. Estes aspectos tornam seus resultados e as evidências de seus efeitos de difícil verificação com os modelos atuais de avaliação do MAS^{13,30}.

No entanto, pouco se sabe acerca de como tem se estruturado, no MAS, o cuidado com as MACs, tendo em vista a existência de profissionais com formação em distintas racionalidades e usuários com diferentes necessidades e expectativas de oferta da atenção primária. Este cenário leva a questionar: Como o cuidado com as MACs tem sido construído ou se estruturado na APS, em um modelo de atenção fundamentado na biomedicina? Como tem sido construída a relação entre profissionais e usuários, no cuidado com as MACs? O que ou como tem sido vista a efetividade do cuidado, na visão dos profissionais e usuários? Há algum indício de sua repercussão na mudança do modelo de atenção, dentro da APS?

Para responder tais questionamentos, buscamos apoio na teoria social e utilizamos o conceito de cuidado, que é coerente com as perspectivas de cuidado nas MACs, isto é, não se restringe a uma intervenção racional, instrumental, tecnológica ou biomédica e comporta diversas racionalidades. Pode ser visto como uma experiência, uma relação social entre agentes reflexivos, visando determinado fim. Assim, este artigo, por meio de um estudo de caso no Recife, busca compreender como os

profissionais e usuários estruturam o cuidado, na atenção primária por meio da MAC e se isso influencia, tanto na mudança do modelo de atenção como na efetividade do cuidado.

A estruturação do cuidado nas medicinas alternativas e complementares

Uma contribuição possível da teoria social para reflexão do cuidado em saúde pode ser vista por meio da teoria da estruturação (TE) de Giddens³¹, tendo em vista a relação que se estabelece no MAS entre profissional e usuário, a partir das ações desenvolvidas. A TE construída pelo autor, procura superar a dualidade entre *ação* e *estrutura* (questão crucial para a teoria social), buscando enfatizar o conhecimento dos agentes e sua importância para as atividades, para o fluxo dinâmico da vida social. Sua maior inquietação está voltada para as concepções do *fazer* e do *ser* humano, e de que maneira ocorre a reprodução e/ou mudança social a partir da reflexividade própria dos agentes³¹.

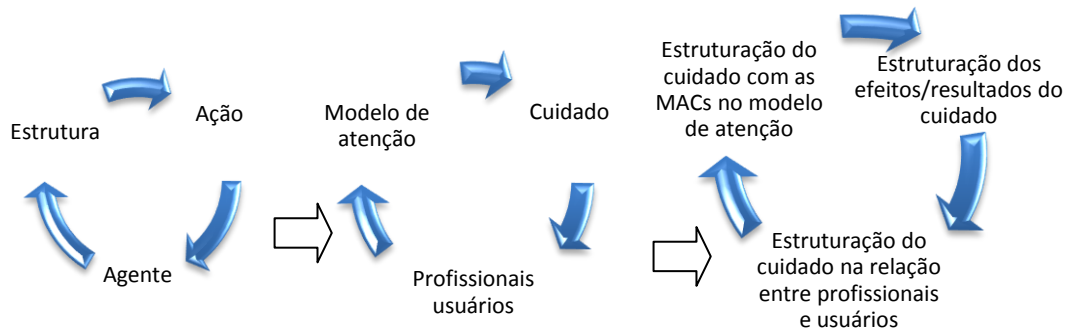
Para Giddens³¹, “*a estrutura não tem existência independente do conhecimento que os agentes possuem a respeito do que fazem em sua atividade cotidiana*”. Fundamenta-se na ideia de que a conduta do agente tem caráter ativo e reflexivo. Rejeita a ideia de ver o comportamento humano como resultado de forças que os atores não controlam nem compreendem. Reconhece que os atores monitoram reflexivamente o que fazem, a partir das suas habilidades e percepção, em uma dada situação. A ação reflexiva, dentro de contextos específicos de interação, pode ser vista como a capacidade do agente de acrescentar, modificar ou reproduzir práticas. O poder é visto como componente da ação, que pode ser mais ou menos ampliado de acordo com os recursos que o agente pode mobilizar^{31,32}.

Na TE, agente, estrutura e ação são vistos como cíclicos, ou seja, a estrutura se produz e se reproduz através da ação. “*Estrutura refere-se (entre outras propriedades) às propriedades que possibilitam a existência de práticas sociais*”³¹. A estrutura permite entender que as ações são moldadas estruturalmente, e se manifesta, principalmente, no que o agente realiza de modo regular e institucionalizado e pode tanto constranger como capacitar os agentes^{31,32}.

Considerando a possibilidade de análise das relações de cuidado com as MACs entre usuários e profissionais, no modelo de atenção à saúde a partir da TE, para este

estudo, ela foi adaptada da seguinte maneira: a *estrutura* (modelo de atenção à saúde), a *ação* (cuidado) e os *agentes* (usuários e profissionais), Figura 1:

Figura 1- Conceitos da Teoria da Estruturação adaptados à estruturação do cuidado



Fonte: elaboração própria, com base na Teoria da Estruturação de Giddens³¹.

O modelo de atenção, como o conceito de estrutura em Giddens³¹ não é compreendido como dado, realizado, mas como algo que é estruturado, se constrói e se reconstrói continuamente, em tempo e lugar específicos. É estruturado pela ação dos agentes (usuários e profissionais), a partir de saberes, habilidades e conhecimentos acionados.

Enquanto estrutura, o modelo de atenção só existe na medida em que é constantemente atualizado através da ação. No caso em estudo, o modelo de atenção se realiza na APS, por meio das atividades e do cuidado dos agentes. Existe enquanto estrutura que se produz e reproduz pela *práxis*, pelo modo como o cuidado ocorre, e manifesta-se principalmente nas ações, naquilo que é realizado de modo regular e institucionalizado³¹. A ideia adaptada a partir da TE é que, embora os profissionais usem regras e recursos da biomedicina e estejam sujeitos aos protocolos da APS e do modelo de atenção, no cuidado com os usuários, preocupados com a maior efetividade das suas ações, acabam por lançar mão de outros saberes e racionalidades.

Para que ocorra uma ação é necessária uma intenção de manifestar esta ação; sem intenção, o que o agente faz é uma resposta reativa³¹. O autor defende a ação enquanto intervenção ou *práxis* em um contexto potencialmente maleável. “A *práxis* pode ser tratada como a base universal da vida social, se refere à constituição da vida

social como práticas regulares, produzidas e reproduzidas pelos atores sociais nos contextos contingentes da vida social”³².

Neste estudo, a ação está situada enquanto intervenção no modelo de atenção e capacidade de fazer diferente. A ação ou agência – traduzidas como cuidado, uma intervenção humana no processo em curso – está diretamente conectada com o conceito de *práxis*³¹. O cuidado, visto a partir do aspecto relacional entre os agentes, pode ser potencialmente transformado e reestruturar o modelo de atenção. Ele pode ser visto como uma categoria reconstrutiva.

O cuidado, como uma categoria reconstrutiva, possibilita valorizar o diálogo entre profissional e usuário¹⁹. Os objetivos e os meios de tratamento não são definidos *a priori*, são construídos no processo, no encontro, na *copresença*, mesmo na presença da assimetria do saber tecnológico de que o profissional de saúde dispõe. Ele tem o desafio de *ampliar horizontes*. É um cuidado visto de modo ampliado: “*como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*”³³. Possui capacidade para reconciliar as práticas assistenciais e as experiências de vida, ou seja, produz um *diálogo aberto e produtivo* entre a *tecnociência médica* e outros saberes e conhecimentos, permitindo sua reconstrução¹⁹.

A abertura ao diálogo e a escuta permitem a interação entre profissionais e usuários na busca do alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar³³. Assim, o cuidado não é visto de modo linear, ele é imanente, é uma circularidade hermenêutica, se constrói e reconstrói a cada encontro¹⁹. A proposta hermenêutica questiona os objetivos e não apenas os meios; a partir dessa proposta o usuário não pode ser tratado como *paciente*, ele não é um “*objeto de intervenção, ele é a própria intervenção*”. Durante o cuidado, o usuário também pode *elaborar os porquês e para que* realizar determinados procedimentos^{33,34}.

O cuidado (ação) compreende um espaço de utilização de diversas tecnologias médicas, experiências, reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto para a troca de saberes, voltado para compreender o sentido do adoecimento (físico ou mental). “*Um cuidado que se constrói e reconstrói a partir do encontro*” entre usuário e profissional³³.

Nesta reconstrução, profissionais e usuários possuem a agência, a capacidade de ação, são vistos como agentes, e, à medida que, na sua interação reconstróem o cuidado, podem também estar reestruturando o modelo de atenção, e não apenas reproduzindo. Esta perspectiva está presente no cuidado com as MACs, que não se restringe à racionalidade instrumental, não segue um protocolo específico para cada doença, mas constrói o cuidado para o doente, enquanto uma categoria reconstrutiva.

Neste sentido, os resultados do cuidado não podem ser vistos apenas como efetividade ou eficácia do uso de uma técnica ou terapêutica: “*êxito técnico*”, eles passam a ser vistos também como “*sucesso prático*”³⁴. O “*êxito técnico*”, diz respeito a “*como fazer*” e relaciona-se ao caráter instrumental da ação, ou seja, ao uso de um equipamento ou medicamento, visando à redução do risco ou incidência de algum agravo junto aos indivíduos ou a uma população³⁴. Neste caso, significa o uso de parte da ação do profissional, que é reduzida ao ato de encontrar as tecnologias adequadas (e seguir os protocolos), com base no diagnóstico da doença³⁵. No “*sucesso prático*”, os resultados se referem ao *sentido que essa ação assume junto aos indivíduos e à população*, tendo em vista os interesses e valores atribuídos ao adoecimento, o significado de estar doente e realizar o tratamento, o significado do cuidado na vida, no contexto do indivíduo. Este modo de ver os resultados inclui os *projetos de felicidade* que são construídos³⁴. Assim, no “*sucesso prático*” faz-se necessário perguntar se, no caso e contexto específicos, o cuidado que foi construído está respeitando o saber prático dos profissionais, e se adequado à vida cotidiana dos indivíduos sobre os quais ele irá intervir³⁵.

Considerando o referencial discutido, é importante ressaltar a presença de diversas racionalidades médicas no MAS³⁶, que resultam em práticas e cuidados distintos. Na racionalidade biomédica, o cuidado visa extrair ou controlar a doença seja por meio de cirurgias ou medicamentos ou controle do estilo de vida^{29,37}, seu produto ou resultado pode ser visto como “*êxito técnico*”. Nas MACs, partindo de outras racionalidades³⁶, o cuidado é realizado de maneira distinta, mas, o objetivo é ampliar a escuta, reconstruir novos sentidos e significados a partir da percepção das doenças e enfermidades^{28,29,38}. O que se espera como resultado do cuidado nas MACs é que o adoecimento proporcione ao indivíduo maior compreensão do seu corpo, do seu *ser*, com conseqüente mudança para o bem-estar^{30,39}; daí a possibilidade de seus resultados serem visualizados enquanto “*sucesso prático*”³⁴.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, com o delineamento de um estudo de caso⁴⁰ analisado por meio da Teoria da Estruturação-análise da conduta estratégica³¹, tendo como foco a MAC na atenção primária no município do Recife-PE.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno dentro de seu contexto real, em que as fronteiras entre o mesmo e o contexto não são claramente evidentes, sendo aconselhável o uso de múltiplas fontes de pesquisas. É aplicado para descrever um contexto da vida real no qual uma intervenção ocorreu ou está em curso e explicar ligações causais em intervenções ou situações da vida real que são complexas para tratamento através de estratégias experimentais ou de levantamento de dados, entre outros. O estudo de caso é uma experiência com contextos e limites específicos, não passíveis de generalizações⁴⁰.

Na TE são possíveis dois tipos de enquadramento metodológico: 1) análise institucional: as propriedades estruturais são tratadas como características cronicamente reproduzidas de sistemas sociais; 2) análise de conduta estratégica: a ênfase está nos modos como os atores sociais se apoiam nas propriedades estruturais para a constituição de relações sociais³¹. Neste estudo, a ênfase foi dada às consciências discursiva e prática e às estratégias de controle, dentro de limites contextuais definidos. A análise é realizada nas atividades contextualmente situadas de grupos definidos de atores. Análise da conduta estratégica coloca em suspensão as instituições como socialmente reproduzidas, *“concentra-se no modo pelo qual os atores sociais monitoram reflexivamente o que fazem; no modo pelo qual os atores se apoiam em regras e recursos na constituição da interação”*³¹. Tem como princípios: evitar descrições pobres da cognoscitividade dos agentes; uma descrição refinada da motivação; uma interpretação da dialética do controle. Sendo, a) Consciência discursiva- *“o que os atores são capazes de dizer ou expressar”* verbalmente, acerca das condições sociais de sua própria ação; consciência que tem uma forma discursiva; os atores são capazes de monitorar suas próprias ações e de outros e *“também de monitorar esta monitoração”*. b) Consciência prática- o que os *“atores sabem (creem) acerca das condições sociais”*, incluindo especialmente as de sua própria ação, mas não podem expressar discursivamente, sem nenhuma barreira repressiva; c) Dialética do controle- o caráter bilateral do aspecto distributivo do poder como controle; como os menos poderosos administram recursos de modo a exercer o controle sobre os mais

poderosos em relações estabelecidas de poder³¹. Esta análise inevitavelmente tem como premissa a dualidade da estrutura: as características estruturais de sistemas sociais não existem fora da ação e estão fatalmente envolvidas em sua produção e reprodução. Assim, a estrutura proporciona aos agentes o que precisam para produzir, como resultado, a própria estrutura³¹.

Características da unidade investigada: unidade de saúde municipal que funciona como referência para a APS, desde 2004, denominada Unidade de Cuidados Integrals em Saúde Guilherme Abath (Ucis). As MACs oferecidas para a rede do município contemplam diversas práticas e são exercidas por 16 profissionais da Ucis e 5 do Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (Napi), sendo: acupuntura (2 médicas); lian gong (1 terapeuta corporal); tai chi chuan (1 educador físico); yoga (1 psicóloga); fitoterapia (1 farmacêutica); alimentação integral (2 nutricionistas e 1 técnico em nutrição); alimentação viva e vegetariana (2 profissionais); automassagem, contação de histórias, danças circulares (1 assistente social); homeopatia (3 médicas); psicomotricidade relacional (1 psicóloga); análise bioenergética (1 psicóloga); corporificando a consciência (1 psicóloga); meditação (1 psicóloga), danças e percussão (1 músico); arteterapia (1 psicóloga). Foram excluídos do estudo as atividades executadas na Ucis que não foram consideradas como MACs, mesmo que tivessem fins terapêuticos: dança e percussão, arteterapia, contação de história e psicomotricidade relacional.

Coleta de dados: envolveu as seguintes estratégias: a) entrevistas: profissionais da Ucis (2 psicólogas, 2 médicas, 1 nutricionista), atores chaves (2 gestores e 4 assessores na implantação da Ucis, 1 gestor da APS, 1 gestor da política municipal em MAC); b) grupos focais: com usuários da Ucis (11 participantes), 1 grupo focal com profissionais Ucis (10 participantes); c) análise de documentos: Leis, portarias, relatórios; d) observação: com o uso do diário de campo utilizado na sala de espera, enquanto aguardava os entrevistados, e a participação em atividades terapêuticas da Ucis. Os dados foram coletados de janeiro/ 2009 a julho/2011.

Grupos focais e características dos agentes: para a sua condução do grupo focal foi utilizado um roteiro com tópicos para debate⁴¹. O roteiro constava de uma subdivisão de tempo por questão e levou em conta o tempo de duração do grupo. Para facilitar a análise do discurso, além das gravações, dois observadores, treinados para não intimidar o grupo, ficaram responsáveis em realizar anotações para identificar as falas e as posturas dos participantes. Os profissionais e usuários que participaram dos

grupos focais e entrevistas não foram obrigados pelos serviços de saúde, não foram pagos, e não foi-lhes dada nenhuma informação para a sua preparação. Realizou-se um grupo focal (GF) com profissionais atuantes na Ucis e, destes, 5 se dispuseram a ser entrevistados. A maioria dos profissionais era do sexo feminino, possuía formação em MAC e trabalhava há mais de cinco anos na unidade, alguns tinham vínculo precário com o serviço. Foram realizados dois GFs com usuários, indicados pelos profissionais de saúde, tendo como requisitos: tempo mínimo de tratamento (10 sessões de acupuntura ou três meses de outra MAC), com ou sem resultados satisfatórios percebidos pelos profissionais. Entre os usuários, a maioria também era do sexo feminino, com mais de 50 anos de idade, grau de instrução variado (primeiro grau a graduação) e ocupação diversificada (servidor público, doméstica, aposentada e do lar).

Análise na conduta estratégica: na busca de coerência com a proposta de Giddens³¹, o material coletado (transcrições das entrevistas e grupos focais) foi submetido à *análise de discurso*⁴². A capacidade discursiva para Giddens³¹ é “*a capacidade que todos os seres humanos têm de descrever em termos de discursos o que fazem e as razões por que o fazem*”. A análise de discurso não suprime a variabilidade do discurso ou encobre situações que não se adaptam à história que está sendo contada. Exige rigor, a fim de produzir um sentido analítico dos textos a partir da confusão fragmentada e contraditória e uma consciência das tendências e contextos sociais⁴². Esta análise tem como principais características: a) preocupação com o discurso em si mesmo- a análise está no texto em si mesmo, ao invés de pensar que ele é o caminho para outra realidade; b) visão da linguagem como construtiva (criadora) e construída- a noção de que se lida com o mundo em termos de construções; c) ênfase no discurso, como uma forma de ação e convicção na organização retórica do discurso, todo discurso como prática social, a linguagem vista como uma prática em si mesma. O discurso é visto como circunstancial, portanto o pesquisador analisa simultaneamente o discurso e o contexto ou circunstância no qual ele está envolvido⁴².

Apesar de darmos ênfase à fala dos entrevistados, em se tratando de conduta estratégica a evidência não se reduz à fala dos agentes, mas na sua prática e no modo como se reproduzem. Vale ressaltar que a fala dos usuários é vista como uma evidência importante, pois pode demonstrar o modo como o profissional vem reproduzindo o cuidado. Sem perder de vista as outras evidências, geradas a partir da coleta de dados.

A estruturação do cuidado com as MACs na APS foi analisada a partir de três estruturas que se complementam e repercutem uma na outra, tendo em vista a

relação cíclica entre modelo-agente-cuidado, não são vistas separadamente (Figura 1). Algumas dimensões da estrutura foram construídas a partir da análise de discurso e não *a priori* (Quadro 1). As dimensões se complementam e, apesar da necessidade analítica em separar as evidências, esta pode ser evidenciada em mais de uma dimensão.

Quadro 1- Estruturação do cuidado e dimensões analisadas

Estruturação do cuidado	Dimensões	Fonte de Evidência
No modelo de atenção: como são definidos os problemas de saúde/doença, como tratar, como organizar as ações e definir profissionais e a formação necessária.	Regras normativas e recursos; Investimentos em educação permanente; Interação com outros profissionais e serviços de saúde; acesso do usuário na Ucis;	Documentos (Leis, Portarias, relatórios) Entrevistas Grupo Focal Observação direta
Na relação entre profissionais e usuários: como o cuidado é construído- como são definidos os meios e os fins do cuidado.	Acesso e acolhimento do usuário na Ucis; ampliação da compreensão do adoecimento (subjetividades, contexto social); ampliação das intervenções terapêuticas (diminuição da medicalização, promoção da saúde); abertura para o diálogo;	Entrevistas Grupo Focal Observação direta
Nos efeitos/resultados do cuidado vistos como sucesso prático: como são definidos os efeitos ou resultados do cuidado, quais seus limites.	Autonomia; autoestima; empoderamento; autocuidado; Satisfação e bem estar; Resultados negativos ou positivos, vantagens e desvantagens	Entrevistas Grupo Focal Observação direta

Fonte: elaboração própria

Para validação dos dados, realizou-se: confrontação e investimento nas análises das interações entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa (os resultados da análise documental e dos prontuários foram apresentados aos profissionais da Ucis, após a realização do GF); controle da qualidade das informações obtidas, por triangulação; confrontação sistemática das interpretações com o conjunto das observações empíricas; verificação do alcance explicativo da teoria.

Resultados

1) Estruturação do cuidado no modelo de atenção

As primeiras iniciativas da gestão municipal em MAC, implantadas no modelo de atenção, ocorreram com a implantação da Ucis, em 2004, como referência para a atenção primária envolvendo diversas atividades e profissionais com várias formações. Anos depois, foi realizada outra iniciativa com a implantação do Napi, uma adaptação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família com oferta de MAC. Suas atividades eram desenvolvidas em dois distritos sanitários, com ênfase nas atividades em grupo. A maioria das atividades do Napi envolvia a realização de cursos com os agentes comunitários de saúde e tinham a Ucis como sede de atuação, na qual os profissionais interagiam.

O debate em torno do projeto para implantação das MACs no modelo de atenção havia sido iniciado, em 2002, por um grupo de gestores de distritos e assessores interessados no tema. A iniciativa teve pouca capacidade de expansão e mobilização na rede, como tinha sido planejado inicialmente, tendo em vista que a Ucis até 2010, continuou sendo a experiência mais estruturada. As experiências em MAC na rede do Recife estavam praticamente associadas à Ucis e ao Napi, apesar dos gerentes entrevistados apontarem outras experiências pontuais, inclusive na ESF, o atendimento não era sistemático. Foi possível perceber que, tanto o diagnóstico das MAC como a proposta de inserção na rede, eram diferenciadas entre os gestores, profissionais e usuários. Os gestores viam a Ucis com o papel de formador e estruturador da MAC no município; já os profissionais e usuários, como uma unidade de referência para as ESFs na APS do distrito sanitário em que eles atuavam:

Regras normativas

“Então a gente estruturou o Guilherme Abath em articulação com o programa de saúde da família, não seria a porta de entrada essa unidade, nós tínhamos em mente que deveria ser uma unidade em cada distrito... Basicamente era isso, multiplicações de profissionais que pudessem dar conta de um maior número de unidades e com desejo de transformar isso numa política para toda a cidade do Recife (Gestor)”

“Referência para atenção básica, porque aqui a gente não tem todas as especialidades, se o paciente vem com suspeita de uma hérnia de disco, a gente não tem como pedir uma ressonância (profissionais, grupo focal)”

Ao analisar a produção nos relatórios, eles apontaram pouca repercussão no modelo de atenção, tendo em vista o número de serviços e profissionais existentes na rede. Se comparado o percentual de atividades biomédicas ao das atividades que podem estar relacionadas às MACs, é possível verificar um registro de quase 96% de procedimentos diagnósticos e medicamentosos em biomedicina.

Até o ano de 2012, não havia qualquer marco legal que instituiu a MAC enquanto Política Municipal, apesar dos gestores e alguns profissionais definirem a MAC como Política. A ausência de um marco legal fragilizou a execução das atividades, visto que não era realizado orçamento de recursos financeiros. Em 2010, iniciou-se um processo de planejamento, segundo os gestores, para ampliação das medicinas alternativas e a Ucis recebeu maior foco, com a criação do Napi e a instituição de uma coordenação municipal para a *Política de Cuidados Integrals*. Em 2012, a Portaria Municipal nº 122 (06 de julho de 2012), criou a *Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares*, com a mudança do nome instituído anteriormente pelos agentes; *Política Municipal de Cuidados Integrals em Saúde*:

Regras normativas e recursos

“As facilidades é que a Política conta com apoio institucional, e isso já é um grande passo. Só que, como é uma Política que ainda não tem uma ‘dotação orçamentária para que seja executada, você conta com algumas dificuldades de nível financeiro... Você... é... fica a mercê do município, se o secretário é simpático, ou não é simpático pra atender essa demanda por práticas como essas. Graças a Deus que o secretário, tanto esse como o anterior, são bastante simpáticos”(gestor 2)

Entre 2004 e 2012 mesmo na ausência de um marco legal, as MACs foram abordadas em todas as Conferências Municipais de Saúde. Ainda, nos Planos Municipais de Saúde foram estabelecidas metas, ou seja, ela existia nas ações, mas não oficialmente. Estas metas foram estabelecidas enquanto iniciativas municipais, pela

participação dos profissionais nas conferências, evidências verificadas nos relatórios analisados.

A operacionalização das atividades e a existência da Ucis ao longo dos anos se deu pela *motivação* dos usuários que eram atendidos e dos profissionais que trabalhavam na unidade. Alguns profissionais chegaram a não receber salário por meses, quando ocorreu mudança de governo municipal, pois os contratos demoravam a ser renovados, principalmente dos profissionais não médicos. Dependendo do período, algumas atividades sofriam interrupção. Havia pouco apoio em recursos (insumos, espaço físico, profissionais), aspectos que foram bastante mencionados nos discursos dos entrevistados e nos GFs. Além disto, a interrupção de algumas atividades foi presenciada enquanto este estudo estava em curso, decorrente de dificuldades em efetivar os contratos dos profissionais:

Regras normativas e recursos

“Quando você fala de uma atividade como o tai chi chuan, yoga, dança e percussão, não existem no quadro (...) pra esse cargo. Então até agora os profissionais trabalharam com um vínculo precário, recebendo de forma irregular, porque você não pode caracterizar vínculo empregatício, logicamente... e atualmente eles passaram um período de dezembro praticamente até agora sem ter essa parte de atividades corporais” (gestor 1).

Apesar dos gestores terem colocado a necessidade de formação dos profissionais da atenção primária, não havia uma política de formação para as MACs. No que dizia respeito à educação permanente, nos documentos analisados não havia previsão de investimentos nesta área para os profissionais que atuavam na Ucis e no Napi; havia uma meta de realização de oficinas de formação para os profissionais da APS, que seriam realizadas pelos profissionais do Napi. Entretanto, durante o período do estudo observamos que todos os profissionais da ESF do município estavam realizando um curso introdutório acerca do novo modelo de atenção, mas os profissionais das MACs não estavam inseridos neste processo e se sentiam excluídos. Eles criticaram também que formações pontuais, especificamente em MAC, não eram suficientes, havia necessidade de mais investimentos. Assim, cabia a cada profissional procurar formação e também apoio externo ao serviço público.

Vale salientar que a maioria dos profissionais tinha mais de uma especialidade, além da biomédica, muitas vezes realizada em serviços públicos, e uma ou duas em MAC (florais, Reiki) por meio de investimento particular. O quadro apontado é que a lacuna deixada pelas instituições de ensino público, no que diz respeito à MAC, força os profissionais a procurar formação em instituições privadas, o que torna o investimento financeiro muito alto e, para obter o retorno, terminam migrando para os consultórios privados. No entanto, antes de procurar realizar uma especialização em MAC, eles cursavam uma especialidade biomédica, segundo alguns, para garantir uma vaga no mercado de trabalho ou no serviço público:

Investimentos em educação permanente/continuada

“Assim, eu fiz homeopatia e medicina antroposófica, que foi muito caro, mas eu atendo como platonista em pediatria para poder pagar os cursos... pessoalmente, eu tenho ido pra congresso, essas coisas. O máximo que a gente tem pode ser alguma liberação para poder ir” (profissional, entrevista).

“É muito difícil ter duas funções, como homeopata e pediatra na emergência, eu preferia ser só homeopata, mas no serviço público não dá” (profissional, grupo focal).

As falas dos profissionais da Ucis acerca da relação com outros profissionais da rede de saúde demonstraram alguns conflitos e discordâncias entre os entrevistados. Durante o grupo focal, principalmente os médicos, enfatizaram a necessidade do usuário vir com um encaminhamento e diagnóstico profissional e a dificuldade de encaminhar para outros especialistas, quando necessário. Nas entrevistas individuais e na fala dos usuários notou-se que na Ucis, mesmo que o usuário viesse com diagnóstico biomédico de alguma doença, era realizada uma nova avaliação para definir qual a melhor intervenção, a qual era negociada com os usuários.

A necessidade do diagnóstico médico pelos profissionais das MACs pareceu não estar ligado somente ao cuidado que realizavam, mas à posição que as MACs ocupam dentro do sistema de saúde, uma legitimação parcial e sempre negociada, entre os profissionais da rede, que os deixava em uma posição mais vulnerável. Os médicos das MACs exprimiam uma posição desconfortável quanto aos “colegas” da rede, “*não podiam correr riscos na realização dos diagnósticos médicos*”. Os profissionais não

médicos não exprimiram a mesma preocupação com os “colegas”, para eles, o foco não era a doença:

Interação com outros profissionais e serviços de saúde e acesso do usuário na Ucis

“Muitos pacientes vem com queixa de dor, coisa genérica, vêm sem investigação anterior, tem que tá pedindo pra investigar o diagnóstico do paciente, muitas vezes ele chega sem diagnóstico nenhum, às vezes foi atendido, cadê o diagnóstico, aí o paciente diz: não doutora é que um amigo meu disse que era bom, aí eu pedi pra me encaminhar (profissional, entrevista)”.

“Não tem um remédio pronto pra o diagnóstico pra cada doença. Como você vai tratar o indivíduo? Você tem de conhecer esse indivíduo, então mesmo que cheguem dez pessoas com o mesmo diagnóstico de asma, ... eu não vou prescrever o mesmo medicamento. Eu vou ter de conhecer cada uma delas pra saber qual é o remédio de cada uma delas, individualmente. Então é mais trabalhoso, é bem mais trabalhoso. Requer mais tempo, mais... mais escuta. Você tem de escutar o paciente, você tem de conhecer o paciente, então é um tratamento mais trabalhoso (profissional, entrevista)”.

“A maioria, chega com uma indicação correta, às vezes tem uma indicação ou outra que não está muito clara, ou que tem coisas que a gente não vai dar conta. Agora assim, pra mim, que tenho esse trabalho que tenta ver o todo e não separar, é muito difícil. É, pra mim, tudo é saúde mental e o corpo tá ligado a isso, não tem como separar, se o corpo sofre, a mente sofre e vice-versa. Eu não consigo ver isso separado (profissional, entrevista)”.

“A maioria, chega com encaminhamento do PSF ou da Policlínica, mas às vezes alguém fala que tem uma pessoa da família precisando e eu tento ajudar, vejo se é possível encaixar na fila pra atender correta (profissional, entrevista)”.

2) Estruturação do cuidado na relação entre profissionais e usuários

O acesso dos usuários às MACs se dava por dois caminhos: referido ou espontâneo. Os encaminhamentos eram realizados por profissionais das unidades de saúde da família ou policlínicas. A procura dos usuários também se dava pelo seu problema, pela ausência de uma explicação e/ou tratamento no modelo biomédico,

buscavam a unidade, com ou sem diagnóstico médico. E a indicação vinha desde um amigo, vizinho, parente, propaganda na televisão, até a indicação de um serviço privado.

Para garantir o acesso e acolhimento dos usuários na Ucis era realizado o agendamento antecipado. A remarcação das consultas foi apresentada pelos usuários como uma vantagem, destacavam também que o tempo de consulta e a triagem eram diferentes das experiências que tiveram antes da Ucis. Para os usuários, as “brechas” nas regras de encaminhamento entre os serviços, eram vistas como positivas e facilitavam o acesso à unidade.

Na Ucis havia um fluxo interno que visava o acolhimento. O primeiro atendimento era qualificado como *triagem*. Nesta ocasião, o profissional escalado para a atividade (poderia ser qualquer um das MACs) explicava os objetivos da unidade e de cada prática. Na triagem, eram avaliadas as necessidades e realizado o encaminhamento/agendamento para os tratamentos/MAC necessários. Foi visto também que, entre os profissionais da unidade, são realizados encaminhamentos internos. Um exemplo: após realizar uma consulta em homeopatia, o profissional percebe que o usuário necessita de uma prática em grupo, então ele é reencaminhado para outra MAC. Esta estratégia de acolhimento é vista como bem sucedida entre os profissionais, pois, além de ser um espaço que busca atender de modo mais rápido as necessidades do usuário, há um rodízio entre os profissionais, e os profissionais que realizam o acolhimento têm acesso aos usuários que chegam à unidade. Isto facilitou também o conhecimento da prática dos outros profissionais e a troca de informações acerca das necessidades dos usuários. Durante o grupo focal, quando eram citadas algumas características de um usuário, outro profissional respondia: “*Esse eu também atendi*”, pois normalmente um usuário fazia mais de uma atividade:

Acesso e acolhimento do usuário na unidade de cuidados integrais em saúde

“Eu estava muito estressada exatamente porque tenho uma osteoporose num grau muito elevado. E além da osteoporose eu tenho artrose, tenho bico de papagaio, tenho vários desvios... e isso me estressa muito, sou muito estressada sempre, e por causa do estresse, fui aconselhada a fazer yoga, aí o fisioterapeuta onde eu fiz a fisioterapia me encaminhou pra yoga (usuária, primeiro grau, doméstica, grupo focal)”

“Eu cheguei lá assim... Meu filho tava assistindo televisão, viu passando sobre acupuntura e disse: _ olha mainha vai lá! Eu tenho muita dor na coluna. Aí fui lá, fiz minha ficha, comecei com a dança circular (usuária, primeiro grau, dona de casa, grupo focal)”

“Eu já estava desenganoado, tinha um problema de pesadelos muito terríveis, insônia, já tinha procurado vários médicos e não diziam se era isso ou aquilo, passavam exame, passavam medicação, tudo (usuário, segundo grau, aposentado, grupo focal)”

“Eu quando faço triagem, eu levo um tempo, depois que eu colho as informações todas, apresentando as práticas da casa, para ver qual se adequa melhor àquela situação... E eu vou explicar.... Já no acolhimento eu faço alguns exercícios de corpo e respiração pra eles terem realmente a noção de como vai ser o trabalho, porque no acolhimento eles decidem se querem ou não, se tem a ver ou não, é pra isso que se criou o acolhimento, pra eles conhecerem um pouco da prática, já que chegam sem muito conhecimento para escolher (profissional, entrevista)”

Embora a fila de espera na unidade fosse grande para algumas atividades (como, por exemplo acupuntura), o usuário sempre realizava outras atividades. Essas atividades realizadas durante a espera algumas vezes atendiam parte da necessidade que o levou a procurar o serviço.

Além disto, as necessidades do usuário eram reavaliadas, por meio da triagem, mesmo se ele viesse com um diagnóstico profissional da rede. O acolhimento era um espaço de negociação entre as necessidades dos usuários e o que a unidade podia oferecer, naquele momento. Havia abertura para o diálogo sobre a necessidade de quem busca e a possibilidade de oferta do serviço. O acolhimento no qual se dava a negociação do tratamento era visto como o início da relação/interação entre o profissional e o usuário para o cuidado.

Durante as entrevistas e GF foi possível observar que a doença era vista pelos profissionais como orgânica, emocional e social. Quando os usuários começavam a falar sobre a violência doméstica ou sofrida na infância, os profissionais expressaram que, para eles, era muito difícil escutar todas aquelas histórias de dor e sofrimento, que eram grandes. Eles sabiam que, mesmo buscando tratar o usuário de modo integral, os determinantes sociais continuariam a desencadear as dores e os sofrimentos. Compreendiam que os limites econômicos e sociais eram grandes e que talvez o

acolhimento na unidade, onde os usuários eram bem atendidos, poderia ser um dos atrativos para permanecerem por mais tempo que o necessário para o tratamento.

O discurso dos profissionais durante o GF trazia aspectos tanto da racionalidade das MACs, quanto da biomédica. Eles discorreram sobre o papel das MACs na diabetes e na hipertensão, e em alguns casos sobre a necessidade de acompanhamento especializado e também o preparo dos idosos para o tratamento no acolhimento, pois eles vinham com muitas expectativas para diminuir a medicação e os profissionais sabiam que, em doenças crônicas, isto seria mais difícil. Mas, quando se referiam acerca da estruturação do cuidado, a racionalidade que parecia hegemônica era a das MACs, como visto na *interação com outros profissionais e serviços de saúde e acesso do usuário na Ucis*, bem como nos relatos dos usuários:

Ampliação da compreensão do adoecimento (subjetividades, contexto social)

“Outra coisa que eu observo também é os casos de dor nas costas, dor nos joelhos; são pessoas que moram nos altos e eles têm que subir escadarias, ladeiras, têm que carregar água. A gente trata, melhora a posição deles, mas a parte principal, o que está causando mesmo, desencadeando aquele processo de dor, continua e a gente não tem como ajudar (profissional, grupo focal)”.

Então o que eu vejo na minha prática, que eu posso dizer assim muito detalhadamente, porque a acupuntura faz uma anamnese muito longa e os problemas sociais, afetivos . São pessoas que vêm na maioria, de famílias com usuários de drogas em casa. Não tanto eles, às vezes os filhos, ou o marido, ou o pai. Pessoas com o nível de renda muito baixo, é desempregado, com a alimentação também precária. Restrições até no lazer e tudo. Então, eles vêm com uma carga muito pesada, com uma autoestima muito baixa (profissional, grupo focal)

Nos dois grupos focais dos usuários, os aspectos referentes à estruturação do cuidado foram similares, mas o primeiro grupo demonstrou a necessidade de ver os resultados da pesquisa, pois eles desejavam que seus resultados fossem divulgados. Os usuários acreditavam que havia necessidade de serem implantadas mais unidades de cuidados integrais. Os usuários dos dois grupos referiram como positivo o acolhimento que recebiam, se sentiam acolhidos, desde a recepção, e por várias vezes chamavam a Ucis de “*casa*”. Vale salientar que os usuários tinham clareza sobre o sentido do

atendimento em medicinas alternativas e porque tinham escolhido aquele tipo de atendimento.

Uma das características que os tinham feito continuar no tratamento era o modo como os profissionais ouviam suas dores e os acompanhavam. Outros aspectos abordados foram o tempo de consulta e a criação de laços com os profissionais e com outros usuários, alguns referiam “*que tinham construído outra família*”. Por já terem vivido experiências em outros serviços públicos de saúde, mesmo sem serem indagados, em alguns momentos, enfatizaram as vantagens das MACs; além do acolhimento, foi colocada como vantagem a diminuição do uso de medicamentos e, conseqüentemente, a diminuição dos custos do tratamento:

Abertura para o diálogo

“A doutora faz consulta... atende só quatro pessoas, porque ela faz o acolhimento e é uma hora e meia ou quase duas com a pessoa conversando, porque desde que você nasceu até a idade atual. Tudo que passou, fica um prontuário imenso, cheio de páginas. E isso tudo faz bem porque você chora novamente e põe tudo pra fora, como o amigo falou, e assim, cria um laço de amizade muito lindo, muito grande, porque quando um se emociona, todos, né? Até, até a médica ela também começa a respirar, porque ela disse que também sente emoção, é uma coisa muito importante, é impressionante” (usuária, grupo focal).

“E em outros lugares nós não temos isso. É como ela fala, mal você diz o que sente, eles já tá com a receita lá pronta pra lhe entregar e um remédio desse eu não tomo, nem compro. [risos de todos]. Se ele não me ouviu, porque é que ele vai passar um remédio sem saber o que eu tô sentindo?” (usuária, grupo focal).

“O que existe nos médicos é o seguinte, há um muro, uma muralha entre o paciente e o médico e essa muralha eu acho que devia cair, devia o paciente ter mais acesso ao médico [sorriu] e o médico também mais acesso ao paciente, eu acho que isso facilitaria muito e é isso que tem na casa” (usuária, grupo focal).

3) Estruturação dos efeitos/resultados do cuidado vistos como *sucesso prático*.

Durante os grupos focais os usuários, ao discutirem sobre os resultados alcançados, demonstraram muita emoção, referiram que era bom estar ali com outros, falando sobre o que havia se modificado em suas vidas. A atividade do grupo focal os fazia retomar suas histórias e compartilhar. Os resultados apresentados pela maioria dos usuários dos dois grupos focais estavam relacionados à melhoria na autoestima, às conquistas no campo emocional. Aprender a “dizer não”, a “se cuidar”, “sou outra pessoa”, “se amar mais” foram falas frequentes, além da diminuição no uso de medicamentos:

Ampliação das intervenções terapêuticas: diminuição da medicalização, promoção da saúde

Os exercícios substituem tanta droga que a gente usa que só faz prejudicar, no meu caso mesmo, há mais de vinte anos que eu... trinta anos, trinta anos que eu usava droga direto, e com essas práticas eu só uso a medicação, pouca medicação, ... mas pra quem usava na faixa de quinze, dezesseis comprimidos por dia, hoje eu só tô usando cinco, graças a Deus... Então a gente vê que tem lucro, nós temos lucro com isso aí certamente, e não é tão fácil assim, a gente vê que na maneira geral, no sistema de saúde nosso, é só droga, droga, droga, droga... (usuária, doméstica).

Ajuda até na parte financeira para de comprar remédio e ajuda também a diminuir o número de gente que vai pra o hospital (usuária, funcionária pública)

Dois usuários referiram, em um dos GF “*diminuição das taxas de colesterol*” como resultados, os demais falaram mais dos resultados emocionais e de autonomia “*consigo abrir a mão*”, “*já vou pra rua sem ter que alguém*” que eles haviam obtido. Nas entrevistas, os profissionais compartilham com os usuários a perspectiva ampliada sobre a autonomia, o autocuidado e os efeitos nos aspectos emocionais, apesar dos limites dos determinantes sociais apontados nas falas anteriores.

O modo de cuidar enquanto relacionado às questões biopsicossociais, a integralidade no cuidado foi visto como um resultado positivo, uma vantagem, presente tanto na fala dos usuários quanto na dos profissionais: “*se a gente estiver fazendo um tratamento homeopático e o paciente disser que melhorou, mas que está mais nervoso,*

mais ansioso, pode notar que não está no caminho certo”, o caminho a ser alcançado, tanto na homeopatia como nas outras MACs era a pessoa alcançar o bem-estar emocional. Com exceção dos médicos acupunturistas, que deram menos ênfase a este aspecto. Como resultado, também foram expressos o empoderamento, a autonomia sobre o corpo e sobre a doença:

Autonomia, autoestima e empoderamento, autocuidado, satisfação e bem-estar

“Eu era muito sofrido... [o usuário chora]. Eu sou mole assim mesmo. Eu gosto de falar, eu gosto de mostrar o que eu era e o que eu sou. Eu era muito dolorido, muito... meio carrancudo, oprimido, sofrimento de dores. Essas coisas... E, depois que eu comecei a fazer esse trabalho, minha vida foi transformando cada dia melhor. Eu aprendi a ser mais humano comigo e com os outros (usuário, aposentado)”

“Um dos fatores também da corporificação e da homeopatia e de todos os outros tratamentos é uma busca do emocional, porque o emocional todo mundo chega arrasado...Porque nós temos medo de morrer, medo de sair na rua, medo de tudo (usuária, doméstica)”

“Então eles se sentem até agradecidos pelo trabalho feito na casa com o grupo. Muitos a gente percebe claramente, assim se for olhar não mudaram tanto, mas assim, a maneira como eles veem o problema deles é outra completamente diferente. Entendeu? (profissional, entrevista)”

As principais desvantagens apontadas pelos usuários estavam relacionadas ao espaço físico, que é considerado pequeno, se relacionado “à demanda que era enorme”, e o outro problema seria o tempo de espera para ser chamado para fazer a triagem/acolhimento. Eles têm consciência também que o tratamento com as MACs é diferente e por isso é necessário ter persistência, aspecto que interfere na desistência de algumas pessoas:

Resultados negativos ou desvantagens

“Porque ele só pode dar dez sessões por conta da multidão, que tem muita gente esperando, a gente não consegue receber o resultado que a gente quer receber, aí só tem aquele período, ele não pode, tem até vontade, mas não pode por conta de que tem gente que tá esperando que tá esperando pra fazer” (usuária, aposentada grupo focal, falando da espera para marcar acupuntura).

“E não é tão rapidamente que você vai tomando consciência que aquilo é importante e vai lhe fazer bem, você tem que persistir, não é? É devagar. Não é assim a primeira vista, não é amor a primeira vista” (usuário, aposentado, grupo focal).

Os profissionais tiveram dificuldades em apresentar desvantagens do cuidado, seus limites se centravam na baixa efetividade das MACs em doenças em estágios avançados e no pouco conhecimento dos outros profissionais acerca das MACs. Para eles, a efetividade estava ligada à formação do profissional, ou seja, o risco das MACs dependia muito da formação e experiência do profissional. As outras desvantagens que eles mencionaram não estavam ligadas ao exercício da MAC, mas à infraestrutura do serviço, ou seja, falta de medicamento homeopático, infraestrutura inadequada, os vínculos precários e a ausência de mais investimentos nos profissionais:

Resultados negativos ou desvantagens

“E assim, de desvantagem, deixa eu pensar... Eu estou muito encantada com isso, aí fica difícil pra mim realmente, mas tem casos que a gente realmente não consegue. É... Já tentei, paciente borderline, muito difícil, a pessoa não consegue, aí desarmoniza o grupo (profissional, entrevista)”.

“Tem essas limitações, quando você pega uma doença orgânica que você tem algum problema físico mais lá instalado, anatômico lá... um tumor (profissional, entrevista)”.

Discussão

Questões acerca da inserção das MACs nos serviços de atenção primária tem sido motivo de discussão em vários países: Inglaterra¹¹, Alemanha¹⁰, Austrália⁴³, EUA e Canadá⁹, México⁴⁴, entre outros. Neste contexto, *três* aspectos podem ser ressaltados: *primeiro*, que existe um campo de luta na inserção das MACs que envolvendo várias questões que estão além do debate acerca de sua eficácia^{12,14,15}. Estamos lidando com práticas que são toleradas, mas não reconhecidos pela medicina. No entanto, seu exercício desempenha um papel tanto simbólico, de ordenação de significados, como prático, por possibilitar recurso aos diferentes especialistas. E exerce um papel político, na medida em que defende os saberes deslegitimados pelo modelo de saúde oficial⁴⁵.

Segundo, a necessidade de realizar estudos que deem conta da complexidade das práticas em MAC e seus possíveis efeitos^{13,39,46}. Se a análise deste estudo tivesse sido pautada somente em dados quantitativos, como, por exemplo, a análise da oferta e produção de atendimentos, demonstraria uma forte hegemonia da racionalidade biomédica, visto que a oferta e produção das MACs é pequena no município²⁷; e o sucesso prático apresentado pelos usuários e profissionais seria anulado. Por isso, estudos qualitativos que envolvem a percepção dos usuários podem trazer evidências sobre os efeitos das MACs, bem como colaborar na compreensão dos sentidos e significados que os profissionais atribuem ao cuidado não biomédico no MAS^{10,47}. Além disto, algumas evidências de efeito/eficácia das MACs, como visto neste estudo, compreendem mais que aspectos biológicos e foram analisados a partir das falas dos usuários, ou seja, a eficácia é determinada à medida que interfere no sofrimento de determinado usuário. Assim, nem sempre o que representa eficácia para um pode ser generalizado para todos.

Isto aponta que os estudos pautados em ensaios clínicos randomizados podem não ser suficientes ou adequados para medir a eficácia de intervenções terapêuticas¹⁷ e, principalmente em se tratando das MACs, que possuem racionalidades e envolvem intervenções complexas que estão fora do escopo deste tipo de estudo^{13,39,48}. Estudos no campo da promoção da saúde⁴⁹ já têm demonstrado a dificuldade da avaliação da efetividade de estratégias complexas de intervenção em saúde. Isso, porém, não faz com que se descarte a busca de evidências, só indica que são necessários novos e diferentes esforços.

As evidências, neste estudo, foram construídas a partir da expressão/ fala dos profissionais e usuários mostrando aspectos que, para eles, eram significativos, mas que normalmente não fazem parte das avaliações do cuidado em saúde. Sobretudo quando são construídas a partir das definições muito restritas do que seja evidência terapêutica; essa é exatamente uma das vantagens de serem construídas evidências a partir da prática⁵⁰. Um dos resultados deste estudo é permitir analisar as bases de compreensão das práticas em MAC e, assim, ampliar/questionar as avaliações normativas que obscurecem o alcance destas práticas.

E, em *terceiro*, não menos importante, a necessidade de diferenciar sistemas médicos complexos ou racionalidades médicas³⁶, práticas terapêuticas vitalistas ou práticas integrativas de outras atividades que podem servir como atividades terapêuticas, como exemplo, a dança e música (percussão) entre outras. Todas as atividades que proporcionem bem-estar são importantes, mas não podem ser qualificadas e avaliadas do mesmo modo, uma vez que elas estão apoiadas em princípios e fins distintos⁴⁶. Além disto, tornar as atividades humanas apenas fins terapêuticos pode estar caracterizando mais um processo de medicalização^{51,52}.

Os desafios para os modelos de saúde demandam novas estratégias, como: preparação de equipes e de profissionais equipados com os meios técnicos e práticas de cuidado capazes de responder às necessidades de saúde da população⁵³. É fundamental uma mudança de orientação de um modelo baseado numa abordagem por doença para uma abordagem para a prática de cuidado do indivíduo⁵⁴, uma reconstrução do cuidado, na qual o conhecimento técnico e a sabedoria prática possam ampliar horizontes para uma vida em que se quer ser feliz¹⁹. Este modo de cuidar pode ser uma chave para o cuidado no envelhecimento, que necessita ir além da lista de patologias e, portanto, ser modificado, se quisermos enfrentar a crise de financiamento que virá, visto que o modelo de atenção à saúde vigente é anacrônico e limitado⁵⁵.

A normatividade que orienta a interação terapêutica que modula a escuta na qual o foco é a fisiologia, a patologia e seus riscos, torna os aspectos ligados à situação de vida, e os aspectos emocionais apenas um ruído na escuta²¹. Parece que o modelo *técnico-científico* da saúde reúne recursos almejavéis, porém com vários efeitos negativos. Talvez falte um sentido para o uso destas *tecnociências*, um significado desses recursos para o dia a dia¹⁹. A racionalidade biomédica é pautada pela busca de objetividade própria da ciência, o que é crucial mas, pouco flexível para ampliar o olhar do profissional na busca da compreensão dos sintomas não explicados, como sinaliza

alguns estudos⁵⁶. E ainda é pouco flexível para a *reconstrução do cuidado*, que compreende mais dimensões que o tratamento de uma patologia.

A formação dos profissionais em saúde, a educação permanente ainda é um entrave no SUS, apesar de alguns avanços. Mas, no que se refere à formação em MAC, o desafio torna-se ainda maior, e dificulta a interação entre os profissionais da rede, com ou sem formação em MAC. Como visto neste estudo, o investimento na formação depende exclusivamente dos profissionais. Um estudo em homeopatia mostrou que a formação dos médicos na biomedicina voltada para o imediatismo constitui uma dificuldade para a aceitação de profissionais com outra racionalidade, que tem outra mensuração de tempo terapêutico e tempo de adoecimento⁵⁷.

A construção partilhada do cuidado, a insatisfação com o cuidado convencional, o acolhimento, a abordagem ampliada e a ausência de *muralha* entre usuário e profissional apareceram com frequência nas falas dos usuários da Ucis. Resultados semelhantes foram encontrados em outras investigações: um dos maiores estudos realizados na França, que buscou analisar os cuidados de saúde primários e o uso de MAC (homeopatia) por pessoas que sofriam com ansiedade e depressão, verificou que, entre os motivos para seu uso, estavam: a insatisfação com o cuidado convencional e o desejo de decisão compartilhada⁵⁸. Aspectos similares foram relatados em outros estudos, como os motivos para a busca das MACs^{10,43,58,59}.

Os efeitos ou as evidências dos resultados para os usuários e profissionais não ficaram reduzidos à nosologia biomédica, o que fomenta a construção de novos métodos para avaliar a eficácia e efetividade das MACs tendo em vista o desenho de modelos complexos^{13,48}.

Isto quer dizer que o cuidado na saúde ultrapassa as questões biológicas, os usuários devem ser vistos a partir do contexto social em que vivem e trabalham⁶⁰. Os profissionais da saúde nunca vão estar prontos para responder sozinhos pelos sofrimentos da população, da mesma forma que os serviços de saúde são insuficientes para responder à multiplicidade das causas do sofrimento humano⁶¹. A biomedicina sozinha não pode dar conta ou responder. E torna-se mais reduzida ao manter seu foco no diagnóstico e controle da doença e, conseqüentemente, no controle do estilo de vida dos indivíduos. Nenhuma racionalidade, disciplina, saber ou política, sozinha, é suficiente para dar conta da dinâmica do processo saúde/doença na vida humana. Daí a necessidade de diversos saberes e práticas e da perspectiva interdisciplinar, para contribuir na estruturação com maior potencial de *êxito técnico e sucesso prático*.

Considerações Finais

Os resultados apontam a contribuição teórica da TE para compreender o cuidado e sua estruturação. O uso da TE ampliou a perspectiva para análise do cuidado, à medida que contribuiu para demonstrar a reflexividade dos agentes e sua capacidade de tomar decisões e mudar a estrutura. Possibilitou superar a relação cuidado-modelo de modo linear; ao analisar o cuidado de *modo recursivo*, resgatamos o potencial dos agentes (profissionais e usuários) como construtores do cuidado, capazes de transformar o cuidado e, contextualmente, o modelo. O potencial para o campo da saúde é o regaste do papel do profissional e do usuário enquanto “agentes” capazes de transformar. Se pensarmos, por exemplo, no quanto a atividade dos profissionais demanda para o sistema de saúde (exames, encaminhamento para especialistas, medicamentos), de certo modo são estas ações que estruturam o modelo e, ao mesmo tempo, podem nos ajudar a refletir no quanto as ações são potenciais de mudança ou reprodução, tanto para os profissionais como para o usuário. Porque o usuário também constrói o sistema.

As evidências demonstram que é necessário discutir outras maneiras de realizar o cuidado, de interpretar o processo saúde-doença, e que as MACs constituem um campo fértil para tensionar o modelo biomédico e buscar alternativas que possam colaborar com uma abordagem integral, mais abrangente, alargando o referencial teórico e adotando novos modos de entender e agir sobre o processo saúde-doença, processo de trabalho e *saberes instituídos*.

Apesar da ESF apresentar, nos seus objetivos, e possuir grande potencial para reorientação do modelo biomédico, hospitalocêntrico, alinhando-se à promoção da saúde e às MACs, no cotidiano, a maioria dos profissionais têm poucas ferramentas para lidar com o sofrimento, com a complexidade dos processos de adoecimento. A formação técnica é insuficiente para construir, junto aos usuários, práticas de cuidado que possam responder ao seu processo de adoecimento.

Limites do estudo: Os limites estão implicados no fato que um modelo é um instrumento para indagação da realidade, mas não constitui a realidade. Além disto, existem mais agentes envolvidos na estruturação do modelo de atenção à saúde (os agentes farmacêuticos, os agentes econômicos, os familiares). E a estrutura analisada possui outras regras e recursos (hospitais, clínicas privadas, relações com igrejas etc), não sendo possível abordar todas estas dimensões.

Referências Bibliográficas

1. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciêns Saúde Col.* 2011, 16(7):3033-040.
2. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet.* 2011.11-31.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
4. Paim JS. Atenção à saúde no Brasil. In: *Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p 15-40.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: 2002.
6. Saltman RS, Rico A, Boerma W, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies/ Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2006.
7. Macinko J, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publ [online].* 2007; 21 (2-3): 73-84.
8. Organização Pan- Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde das Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan- Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.
9. McFarland B, Bigelow D, Zani B, Newsom J, Kaplan M. Complementary and Alternative Medicine use in Canada and the United States. *Amer J Publ Health.* 2002; 92(10): 1616-18.
10. Frank R. Integrating homeopathy and biomedicine: medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociol Health Illness.* 2002; 24(6): 796-819.
11. Thompson T, Feder G. Complementary therapies and the NHS. *BMJ.* 2005; 331:856-7
12. Ernst E. Complementary and alternative medicine: what the NHS should be funding? *Br J Gen Pract.* 2008; 58(548): 208-9.
13. Verhoef M, Koithan M, Bell IR., Ives J, Jonas W. Whole complementary and Alternative Medical Systems and complexity: creating collaborative relationships. *Forsch Komplementmed.* 2012;19 (Suppl):3–6.
14. McCarthy M. Critics slam draft WHO report on homoeopathy. *Lancet.* 2005; 366 (9487): 705-6.
15. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet.* 2005; 366:726–32.

16. Fisher P. Homeopathy and The Lancet. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2006; 3(1): 145–7. Disponível em: doi: [10.1093/ecam/nek007](https://doi.org/10.1093/ecam/nek007) PMID: PMC1375230.
17. Ernst E, Lee MS. A trial design that generates only positive results. *J Postgrad Med.* 2008; 54(3): 214-6.
18. Lüdtke R, Rutten AL. The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. *J Clin Epidemiol.* 2008; 61(12):1197-204.
19. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2004; 8(14):73-92.
20. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2006; 10(20):347-362.
21. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc Saúde Col.* 2008; 13: 195-206.
22. Bodstein RCA. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Col.* 2002; 7(3) 401-12.
23. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Col.* 2009; 14(3):783-94.
24. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde Col* [periódico na Internet]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-2009000800002&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232009000800002. Acesso em 30 ago.2010.
25. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde Soc.* 2012; 21 (2): 336-50.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
27. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Públ.* 2012 28(11):2143-2154.
28. Monteiro DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático *Cad. Saúde Públ.* 2007; 23(8):1903-1912.
29. Barros NF. A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
30. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Hist Ciênc Saúde.* 2011; 18(1): 155-74.
31. Giddens A. A constituição da sociedade. Tradução de Alvaro Cabral. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
32. Giddens A. Dualidade da estrutura, agência e estrutura. Oieras: Celta; 2000.

33. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Soc.* 2004; 13: 16-29.
34. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev Saúde Col.* 2007; 17(1):43-62.
35. Schraiber LB. Quando o êxito técnico se recobre de sucesso prático: o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciêns Saúde Col.* 2011; 16(7): 3041-2.
36. Luz MT. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: Luz MT, Barros NF organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Lappis; 2012.
37. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2012;16:67-82.
38. Correa AD, Quintas LEM.; Siqueira- Batista R; Siqueira-Batista, R. Similia similibus curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. *Hist Ciêns Saúde.* 2006; 13(1):13-31.
39. Broom A, Tovey P. Therapeutic pluralism? Evidence, power and legitimacy in UK cancer services. *Sociol Health Illness.* 2007; 29(4): 551–569.
40. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* Porto Alegre: Bookam; 2001.
41. Gil AC. *Estudo de caso.*São Paulo: Atlas; 2009.
42. Gill R. Análise do discurso. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som- um manual prático.* 7^a. Petrópolis: Vozes; 2008.
43. Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: A comparison of consumers from 1997–8 and 2005; *BMC Complem Alternat Med.* 2008; 8:1-10.
44. Gómez MBD. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(2), 635-43
45. Loyola MA. Medicina tradicional e medicinas alternativas. In: Buchillet D, organizadora. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia.* Belém: MPEG, CnPQ,SCT,Cejup,UEP; 1991. p.125-133.
46. Marian F, Walach H. Medical pluralism, equity and holism [Editorial]. *Forsch Komplementärmed.* 2007;14(suppl 2).
47. Eymanna A, Bellomo MM, Catsicarisa C, Wahrena C. Utilización de medicina alternativa o complementaria en una población pediátrica de un hospital de comunidad. *Arch Argent Pediatr.* 2009; 107(4):321-8
48. Iyioha I. Law's dilemma: validating complementary and Alternative Medicine and the clash of evidential paradigms. *Evidence-Based Complem Altern Med.* 2011; (2011):1-10.
49. Potvin L. Why we should be worried about evidence-based practice in health promotion. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5 (Supl 1): S93-7.
50. Schwandt TA. The centrality of practice to evaluation. *Amer J Evaluat.* 2005; 26: 95-105.

51. Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Beh* 2010; 51: S67-79.
52. Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociol Health Illness*. 2011; 33(5): 710-25.
53. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciêns Saúde Col*. 2011;16(7):3033-3040.
54. Charles-Jones H, Latimer J, May C. Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care. *Sociol Health Illness*. 2003; (25): 71-92.
55. Veras, RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos *Cad. Saúde Públ*. 2012; 28(10): 1834-40.
56. Hansen HS, Rosendal M, Fink P, Risør MB. The general practitioner's consultation approaches to medically unexplained symptoms: a qualitative study. *Family Medicine*. 2013;(2013): 2-7.
57. Salles SAC, Schraiber LB. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. *Cad. Saúde Públ*. 2009; 25(1):195-202.
58. Grimaldi-Bensouda L, Engel P, Massol J,Guillemot D,Avouac B, Duru G et al. Who seeks primary care for sleep, anxiety and depressive disorders from physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3 population survey. *BMJ Open*. 2012; 2(6):1-10.
59. Richardson J. What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. *Amer J Publ Health*. 2004; 94 (6):1049-53.
60. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005; 365:1099-1104.
61. Evans RG, Stoddart GL. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. In: Evans RG, Barer ML, Mamor TR, organizadores. ¿ Por qué alguna gente está sana y outra no? Madri: Diaz de Santos; 1996. p. 29-70.

A complexidade

*A complexidade não é exceção
é a dinâmica da vida em mutação
Em redes, sistemas, individual, diversidade
faz-se a plural realidade*

*Se o que é real é verdade
É a permanente complexidade
Ela é passível de compreensão
se, na teoria e na prática, houver ampliação*

Artigo 3- Medicinas Alternativas e Complementares no cuidado na atenção primária em saúde: proposta de modelo teórico para avaliação

Resumo

Diversas razões têm sido postas para o aumento do uso das medicinas alternativas e complementares, mas sua complexidade constitui um desafio para a avaliação de sua efetividade. A partir do pressuposto de que o cuidado realizado por meio dessas medicinas exige novas abordagens teóricas e metodológicas, este estudo tem como objetivo construir um modelo teórico de avaliação que contribua para mostrar a efetividade do cuidado com as mesmas, a fim de verificar quais evidências podem ser encontradas a partir da prática. Foi realizado um diálogo teórico acerca do cuidado enquanto prática central para a avaliação, e o cuidado das medicinas alternativas e Complementares enquanto prática complexa, com contribuições da avaliação da complexidade na promoção da saúde. Para fins analíticos, realizou-se a construção de um modelo teórico lógico com os seguintes constituintes: componentes (agentes e cuidado), atividades e resultados. A construção do modelo teórico possibilitou a construção de um quadro avaliativo, considerando que as dimensões são interdependentes e não são estanques. O modelo teórico proposto não é de cunho prescritivo, visa fazer pensar, provocar perguntas avaliativas para que, a partir da prática, possam ser elucidadas as evidências do cuidado com as medicinas alternativas.

Introdução

Atualmente observa-se o crescimento da oferta das Medicinas Alternativas e Complementares (MACs) nos Sistemas de Saúde Pública de diversos países¹⁻⁶ e inclusive no Brasil⁷. No Sistema Único de Saúde (SUS), as MACs foram denominadas Práticas Integrativas e Complementares (PICs), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). As MACs compreendem racionalidades médicas como a homeopatia e a medicina chinesa⁸ e diferentes práticas integrativas (meditação, massagens, reiki, florais, quiroprática), dependendo do contexto em que estão inseridas¹.

Cada vez mais os indivíduos adotam uma postura ativa no seu cuidado em saúde⁹. Diversas razões contribuíram para o aumento no uso das MACs, parte delas ligada às mudanças ocorridas nas sociedades modernas e aos problemas atuais: depressão, insônia, estresse, doenças e dores crônicas, entre outras^{2,9,10}. E ainda, a insatisfação com o cuidado convencional, desejo de decisão compartilhada, formas mais sofisticadas e ampliadas de cuidado (compreensão das crenças, significados, motivações e necessidades individuais) e acesso ao sistema público¹⁰⁻¹³. Também se destacam as restrições financeiras, a medicalização, os riscos da biomedicina^{1,9,10} e a crise na saúde¹⁴. Além do desejo dos profissionais em realizar um tratamento mais adequado, evitando prescrições desnecessárias¹¹.

O crescimento da oferta e do uso das MACs tem estimulado a discussão acerca de sua avaliação. Os estudos expõem a necessidade de construir avaliações que levem em conta a complexidade que as envolve, tanto no que se refere à eficácia quanto à efetividade, visto que a aplicação dos estudos utilizados na biomedicina para este fim se mostra limitada^{1,4;15-18}. Na acupuntura, por exemplo, a intervenção não está circunscrita à inserção da agulha. A interação terapêutica entre profissional e usuário incide nos resultados e é importante ser avaliada; diferente da biomedicina, em que, apesar de se reconhecer a importância dessa interação, ela é considerada um efeito separado, classificado como placebo¹⁹. O mesmo ocorre com outras MACs que não lidam com uma intervenção específica, mas com negociações de saberes e compreensão de significados, o que implica em abertura à interdisciplinaridade e ampliação no escopo do que se denomina saúde, doença, cuidado e cura. Assim, tem sido colocada em debate a necessidade de avaliações complexas para determinar seus efeitos^{15,17,18;21-}

No que se refere ao contexto brasileiro, a oferta nos serviços públicos de saúde vem ocorrendo, desde a década de 80, com diversas experiências²⁴⁻²⁸. E, apesar do limitado financiamento federal, que se dá basicamente por meio do pagamento das sessões de acupuntura e eletroestimulação, consultas médicas (homeopatia, acupuntura) e por incentivos em insumos da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, elas continuam a crescer no SUS. Segundo o Ministério da Saúde, em 2008, 25% dos municípios já possuíam alguma MAC, com forte presença na Atenção Primária em Saúde (APS), principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF)²⁹.

Vale ressaltar que parte da oferta presente no SUS tem sido fruto de arranjos locais^{24-27;30,31} e algumas das MACs oferecidas não estão no escopo regulamentado pela PNPIC e nos monitoramentos do MS^{7,29}. Uma recente análise da oferta e produção registradas nos sistemas de informações do SUS evidenciou concentração na acupuntura e homeopatia (consultas médicas e sessões de acupuntura ou eletroestimulação). E que há limites nos sistemas de informações em captar o que tem sido ofertado nos contextos locais, havendo um descompasso entre o que é realizado no cotidiano e o que é informado⁷. O aumento da oferta é um dado importante para avaliação, mas precisa ser contextualizado. O aumento excessivo de sessões de acupuntura e de consultas em homeopatia pode pressionar sua qualidade, como já ocorreu, na Europa, com a homeopatia¹¹. Tendo em vista, que as MACs trabalham com tempo de consultas e medidas de efeitos diferentes da biomedicina.

No Brasil, apesar de alguns estudos evidenciarem a oferta e o uso das MACs^{7,30,32}, há poucos estudos que apresentam a realidade nacional. Mesmo considerando a produção acerca do tema pelo grupo Racionalidades Médicas⁸ e recentes estudos sobre a homeopatia^{25,27,33}, fitoterapia³⁴, pesquisa na medicina chinesa¹⁴ e revisões sistemáticas^{35,36}, pouco se sabe acerca dos efeitos do uso das MAC no cuidado em saúde, na atenção primária. O que leva a indagar: Como as MACs têm sido realizadas no cotidiano da ESF e quais têm sido seus efeitos? Os processos avaliativos atuais permitem revelar a pluralidade de conformações do cuidado na APS com o uso da MAC?

Este estudo compreende que a avaliação do cuidado realizado por meio das MACs na ESF exige novas abordagens teóricas e metodológicas. Considera que diferentes tipos de intervenções no cuidado na APS/ESF podem ser gerados com a inserção das MACs tendo em vista: a diversidade de contextos da ESF nos quais o cuidado se insere, a diversidade de MAC (diferentes saberes, racionalidades e práticas)

e as características intrínsecas do cuidado com as mesmas, que diferem do *modus operandi* da biomedicina. Tem como perspectiva que, na ESF, existem experiências concretas que podem ascender para um sistema de avaliação do cuidado mais pluralista, que reconheça a diversidade da prática e da teoria.

Multiple methodological stances, ways of knowing, and types of data are necessary for two reasons. The first is apparent in consideration of the nature of everyday life. We need multiple ways of knowing and multiple methodological capacities, so to speak, to successfully navigate everyday life. It is no different when we seek to scientifically investigate a phenomenon – we need to know what kinds, how many, why this is related to that and how strongly, how often, under what circumstances, and so on, as well as what does this mean, to whom, why, and so on. A second reason has to do with scientific humility. This is reflected in the recognition that we never prove anything to be the case in our research, and that no single study ever yields findings that we should consider definitive³⁷.

Este ensaio tem como pressuposto que a efetividade das MACs não pode estar centrada exclusivamente em mudanças de comportamento e padrões biomédicos. Compreende também que importantes evidências científicas podem ser construídas a partir das experiências dos usuários e profissionais, seu contexto de vida, além da reversão nos fatores de risco. Assim, objetiva propor um modelo teórico de avaliação que contribua para mostrar a efetividade do cuidado com as MACs, elucidando quais evidências podem ser encontradas a partir da prática.

Foi realizado um estudo teórico a partir das seguintes reflexões: a) apesar de sua diversidade as MACs exprimem características intrínsecas no cuidado^{11,32,38-41}; b) a heterogeneidade de contextos e a complexidade do cuidado com as MACs demandam um diálogo com um referencial teórico pluralista, como o da avaliação da promoção da saúde⁴²⁻⁴⁵; c) a pluralidade metodológica é importante porque se trata de *cuidar de alguém* e não de *algo*, ou seja, o *fim* do cuidado é um indivíduo em constante mudança, que possui cognoscitividade e reflexividade para realizar escolhas e ações, os indivíduos também podem ser vistos como sistemas complexos^{15;45-47}; d) o cuidado envolve a interação, o diálogo entre o profissional e o usuário construído a partir de suas experiências práticas e conhecimentos técnicos, o cuidado pode ser compreendido como prática⁴⁸⁻⁵¹; e) cada MAC tem um *modus operandi* no cuidado, a sua interação com a biomedicina na ESF pode desencadear vários cenários, a partir dos problemas encontrados na prática. Isto demanda apreciar as contribuições de avaliações que

permitam buscar evidências a partir da prática⁵⁰. Estas reflexões levaram a uma reconfiguração na percepção do cuidado, do profissional e usuário e o processo de avaliação na construção do modelo (Figura 1).

Figura 1- Perspectivas teóricas para avaliação do cuidado com as Medicinas Alternativas e Complementares



Fonte: elaboração própria

Características do Cuidado com as Medicinas Alternativas e Complementares

O cuidado com as MACs envolve racionalidades e saberes distintos, a partir da interação entre quem cuida e quem é cuidado, em outras palavras, profissional e usuário. Algumas MACs estão fundamentadas em abordagens vitalistas, que consideram uma dimensão espiritualizada da existência e partilham uma cosmovisão holista, na qual predomina a ideia de equilíbrio ou harmonia entre o corpo e o espírito, e a noção de saúde como bem-estar ampliado. Estão centradas na busca de harmonia do indivíduo com seu meio ambiente natural e social, e valorizam a dimensão subjetiva do ser humano⁵².

Para estas abordagens, a energia é que organiza a matéria, fundamentando-se em um *paradigma vitalista*⁸. Na perspectiva vitalista, existe uma “*dinâmica vital, uma energia*” em constante movimento, sendo a experiência do adoecimento uma oportunidade para que o organismo se reequilibre, de modo a atingir uma condição melhor do que aquela em que se encontrava antes de adoecer. Visto que os sintomas são o caminho que o organismo busca para a cura.

Considerando os saberes envolvidos no cuidado com as MACs, podem ser destacadas as seguintes características que se entrelaçam: *primeira, a singularidade do cuidado*- o foco é o cuidado individual, não significa desconsiderar o meio em que se vive, mas que o indivíduo é o ponto de partida. É no diálogo entre quem cuida e quem está sendo cuidado que se busca a compreensão do adoecimento, a leitura (fluxo de energia, emoções, sentimentos, alimentação, atividades, relacionamentos, expressões, sintomas e características físicas), em menor ou maior aprofundamento dependendo do tipo de MAC que está sendo realizada. Esta *singularidade* permite ver a experiência do adoecimento e não a doença. Considera que cada indivíduo tem uma constituição e circunstâncias sociais próprias, e é isto que determina as reações distintas diante de determinadas doenças e tratamentos. De tal modo, que pessoas com a mesma doença podem receber tratamentos diferentes¹, como pode ser visto na medicina chinesa^{19,40}, homeopatia^{32,39} ou nos florais de Bach⁵³. Mas, ao mesmo tempo em que o indivíduo é singular, em que ele também representa o macrocosmo, ele visto como um microcosmo⁸, um microssistema.

É esta concepção que pauta a *segunda característica: a complexidade do adoecimento*- o adoecimento não é consequência somente de desequilíbrios biológicos e bioquímicos. Relaciona-se com a maneira como o indivíduo se posiciona no mundo, tem a ver com o modo como ele se relaciona consigo e com o seu meio. A doença é um processo natural de evolução, pode ser vista como um desequilíbrio do *QI* na medicina chinesa⁴⁰, na dinâmica vital para a homeopatia³⁹, polarização das emoções para a terapia floral⁵³.

Tais desequilíbrios e desarmonias desencadeiam a *terceira característica: a complexidade da intervenção*- o desequilíbrio não está circunscrito a uma doença. O cuidado não se restringe a uma terapêutica; dependendo do objetivo que se deseja alcançar, podem ser realizadas diversas intervenções (prescrição de ervas, práticas corporais, mudanças na alimentação, massagens)¹. Mesmo o *reiki* (uma intervenção

com posicionamento das mãos) busca interferir nos planos físicos, mental e energético, nos valores e modos de vida⁵⁴.

Tendo em vista estes aspectos, o cuidado nas MACs não se realiza a partir de um protocolo específico, tem como *quarta característica a flexibilidade*, o cuidado é construído a cada encontro, os seus efeitos são avaliados durante o processo, no qual podem ser reformulados os objetivos e reavaliado o diagnóstico, como ocorre na medicina chinesa^{19,40}, na homeopatia^{32,39}, nos florais de Bach⁵³, entre outras²².

E, como *quinta característica: a integralidade dos resultados*- como a intervenção não está circunscrita à doença, a cura de determinada doença ou sintoma não é o único objetivo que se deseja alcançar. Por exemplo, na homeopatia, se a cura de uma alergia é acompanhada por piora do humor, é um indicativo de que o tratamento está inadequado e precisa ser revisto⁴¹. A cura está além da doença, pode ser vista como processo de autoconhecimento, evolução⁸. Os resultados de efetividade são analisados de modo integral, de dentro para fora, pela ampliação da sensação de felicidade e bem-estar desenvolvida durante a intervenção, pelas relações que o indivíduo consegue construir ou reconstruir com o meio^{40,55}.

A complexidade no Cuidado com as Medicinas Alternativas e Complementares: contribuições da avaliação na promoção da saúde e a teoria dos modelos complexos

Tendo em vista as características elencadas acerca das MACs, o *modus operandi* da ESF e sua expansão em contextos culturais, sociais e econômicos diferentes, podem ser encontradas diversas configurações de cuidado. Se, no campo teórico é possível diferenciar cada racionalidade médica, como foi realizado por Luz⁸, nos serviços de saúde, entre profissionais e usuários, cresce a heterogeneidade e o sincretismo entre os saberes e práticas, na busca do que eles entendem naquele momento ser o melhor caminho, com o uso da MAC pela via alternativa ou complementar^{11,24,32,56}. Ainda que o sincretismo esteja sendo pressionado pela racionalidade instrumental da biomedicina²⁴.

A avaliação de uma intervenção desta complexidade não pode se limitar a um método experimental ou estudo randomizado, já que a possibilidade de homogeneização e reprodução de casos é limitada. O tratamento é centrado na pessoa e não na doença, o foco se mantém em utilizar as racionalidades necessárias e possíveis

para que esta pessoa possa obter o melhor cuidado possível. Na homeopatia, por exemplo, um remédio eficaz para asma pode não ser eficaz para o indivíduo, o cuidado não consiste em administrar um homeopático, não é o medicamento sozinho que tem eficácia. O mesmo ocorre com a acupuntura: não basta picar o ponto específico para um sintoma ou doença da nosologia biomédica. Por isso a dificuldade de se estabelecer e medir seus efeitos a partir de modelos de avaliação baseados em evidências científicas em estudos experimentais.

Embora os estudos randomizados tenham méritos quanto à validação de terapias específicas da biomedicina, são limitados para avaliar intervenções de maior complexidade, como as MACs^{15,17,23}. Sua avaliação exige a construção de modelos complexos, o que tem representado um desafio para vários grupos de pesquisas neste campo, e as experiências ainda são restritas¹⁷.

As avaliações que visam simplificar a realidade e que têm o foco limitado às *evidências* de métodos experimentais, baseados na aplicação ampla de estudos controlados randomizados ou meta-avaliações, nos quais são estabelecidos *critérios estritamente científicos* tanto na política quanto nas ações de saúde, têm sido criticado pelos pesquisadores da promoção da saúde^{42,43,57}. Os estudos baseados em *evidências científicas*, decorrentes de métodos experimentais, são importantes e necessários para avaliar a eficácia de intervenções medicamentosas e tecnológicas específicas, mas são limitados para intervenções multifatoriais e complexas⁴³.

Os contextos multivariados da avaliação na promoção⁴³ elucidam questões cruciais, como a dificuldade de classificar e homogeneizar contextos com grande variação e reprodução de situações singulares de um contexto para outro⁴². O campo da promoção tem um conceito positivo e ampliado de saúde; assim, suas avaliações buscam manter uma análise ampliada da saúde para compreender sua produção social, o que implica expandir o olhar sobre o processo de adoecimento⁵⁸, além da racionalidade biomédica, tendo em vista a saúde e a qualidade de vida em toda sua complexidade. Envolve “*aspirações práticas*” que restringem a possibilidade de se estabelecer um conjunto de critérios a priori para instruir práticas avaliativas que busquem superar o caráter tecno-normativo estrito na direção formativa⁴⁹.

As intervenções no campo da promoção da saúde são complexas, incluem vários componentes, e por isso, na sua avaliação, é difícil documentar e identificar a intervenção, além da impossibilidade de reproduzi-la⁵⁹. Tendo em vista a pluralidade de contextos e a complexidade das intervenções e métodos de análise que o campo

exige^{42,43,57}, tem sido realizada a avaliação na promoção com o uso de modelos complexos^{45,47}.

O uso de modelos complexos possibilita aos avaliadores ponderarem a existência de múltiplas dimensões, níveis e aspectos. Além disso, podem analisar os possíveis resultados esperados e compreender o processo de intervenção em suas várias fases de implementação⁴⁷. Uma das teorias discutidas nos modelos complexos é o *Complex Adaptive Systems (sistemas adaptativos complexos-SCA)*.

Esta teoria tem sido aplicada, sob várias perspectivas, no campo da saúde (epidemiologia, saúde clínica, gestão) e, mais recentemente, na promoção da saúde^{45,60}. Ela provê conceitos e ferramentas importantes para responder aos desafios de compreensão dos sistemas complexos, nos quais a imprevisibilidade e o paradoxo estão sempre presentes, e algumas coisas permanecerão incognoscíveis⁶¹.

Os SCAs são sistemas complexos porque as causas e efeitos estão entrelaçados, não podem ser descritos em termos lineares ou mecânicos. São adaptativos, porque têm como qualidades inerentes a capacidade de se adaptar a novas condições que lhes são impostas pelo ambiente e mudar ao longo do tempo¹⁵. Estes sistemas se adaptam ao ambiente por um processo de recuperação, dependendo do *feedback* que recebem a partir do sistema ou fora dele. Materializam uma adaptação que lhes permite modificar as suas estruturas, a fim de lidar com as forças ou influências provenientes do meio ambiente⁴⁶.

Mas, enquanto a promoção tem seu foco no contexto social e coletivo, as MACs dão ênfase ao indivíduo no contexto, o que as leva a lidar com estratégias de intervenções distintas, mesmo possuindo contribuições mútuas⁵⁵. Neste sentido, os SCAs, neste estudo, serão vistos como sistemas humanos.

Como sistemas humanos, os SCAs possuem um esquema único, formado dos princípios mais simples de reação aos mais complexos, os quais demandam a formação de expectativas e a adoção de ações preventivas, além de regras de avaliação de desempenho e do esquema em si. Assim, apesar de certa autonomia, o comportamento dos SCAs é condicionado pela cultura do sistema, vistos como um esquema compartilhado que determina o seu próprio comportamento⁴⁶. Os SCAs podem ser caracterizados como:

...individuals (agents) who learn, are interconnected, self-organize, and co-involves in their environment in

*unpredictable, often nonlinear, and dynamic ways. These factors lead to the development of patterns of relationships at the system level that influence the performance of the system and the individuals in it*⁴⁷.

Esta concepção de SCA, como sistemas humanos, agentes que possuem autonomia, mas não são totalmente livres, possui similaridades com o agente e a estrutura na teoria da estruturação⁵¹, na qual a prática social é a capacidade de ação transformadora que o agente possui.

O Cuidado compreendido como prática

Neste estudo, o conceito de *prática* tem o sentido de *práxis*^{48,51}, caracterizada como uma ação comprometida que envolve a capacidade dos indivíduos de discernir e realizar julgamentos a partir de suas experiências. Assim, tal compreensão do termo *prática* não está circunscrita à racionalidade técnica na realização de uma atividade⁵⁰. *Prática* (singular) refere-se a *práxis*, que é diferente de *práticas* (plural). Enquanto *práxis* faz referência ao todo da ação humana, *práticas*, no sentido da teoria das *práticas sociais*, são o modo como os corpos se movimentam e se comportam em diferentes locais e tempo, de modo regular e instrumental, como, por exemplo, cozinhar, dirigir, caminhar⁴⁸. *Práxis* exige o saber, trata da completude do saber disponível. Mas, mesmo que em toda a *práxis* esteja incluída a aplicação do conhecimento, não significa apenas a execução daquilo que pode ser feito, mas também como fazer escolhas e tomar decisão entre possibilidades⁶².

A prática social é transformada continuamente, à medida em que é analisada com as informações adquiridas a seu respeito, o que altera o seu caráter. Isto ocorre porque “*a reflexividade é uma característica definidora de toda ação humana*”. A prática social é parcialmente constituída pelo conhecimento que os atores têm, e a reflexividade aciona seus saberes diante de situações que têm que enfrentar e a capacidade de decidir, fazer escolhas diante do que pode ser feito⁶³.

Para Schwandt⁵⁰, a prática requer participação, diferente de ser observador, expectador. Vista a partir da hermenêutica, envolve a capacidade dos indivíduos em dialogar com o contexto, tomar a decisão que naquele momento consideram mais adequada. Tal tomada de decisão envolve aspectos subjetivos, culturais e sociais. A hermenêutica pertence ao todo da experiência humana e lida com verdades que

essencialmente superam o campo metódico, daí que a compreensão e interpretação da práxis não é apenas técnica nem científica⁶². Ela resgata o caráter crítico, histórico e social do conhecimento⁶⁴.

A reflexão hermenêutica não se baseia em seguir os meios, mas em questionar os objetivos impostos que foram previamente definidos⁶². É algo mais que um método das ciências, porque a arte de compreender não é fundamental apenas para textos, mas também no trato com as pessoas. Trata-se de ver a vida como um processo social em constante mudança, no qual quem busca compreender não está dissociado daquilo que compreende. Provoca a busca do sentido da *práxis*, por meio da hermenêutica, que tem sido privada de legitimidade à frente a técnica⁶².

No campo da saúde, as práticas são escolhas históricas e *socialmente sancionadas* em função de construções objetivas do corpo e da mente, e de experiências de vida. Por isso, *ainda que de modo provisório e questionável, podem ser vistas como práxis*⁶⁵. Assim, a hermenêutica no cuidado em saúde produz espaço para a partilha de horizontes, não se restringe a uma coleta de dados narrativos, característica do modelo da anamnese biomédica. O diálogo envolve a escuta e fala dos envolvidos (quem cuida e quem é o foco do cuidado), abrange também o que, para ambos, são as demandas de cuidado necessárias. Não se restringe nem à racionalidade técnica nem à sabedoria prática, busca o cuidado que seja efetivo⁶⁶.

O cuidado, enquanto prática, como um diálogo que envolve a compreensão e troca de saberes distintos entre quem cuida e quem é cuidado e suas respectivas experiências práticas e instrumentais, permite que a cada encontro sejam construídas novas possibilidades de conformação. A reconstrução do cuidado visa olhar mais para quem está doente e menos para a doença, buscar certo equilíbrio entre a experiência, o desenvolvimento tecnológico e seu uso na saúde⁶⁶.

Estas aproximações conceituais permitem a perspectiva do cuidado como prática que se constrói e reconstrói no encontro, o cuidado se faz com e para as pessoas. Realiza-se no diálogo que amplia horizontes para interação entre a racionalidade técnica instrumental e a sabedoria prática⁴⁹. Daí, a importância de se considerar a prática como central na avaliação.

O Cuidado compreendido como prática central na avaliação: contribuições da *Practice-Oriented Evaluation*

Para compreender o cuidado com as MACs, a sua *práxis* é a melhor fonte de evidência. É na prática que entram em jogo as experiências subjetivas, os conhecimentos técnicos e os interesses dos profissionais de saúde e usuários.

Analisando o potencial hermenêutico que pode ser visto a partir da prática, Schwandt⁵⁰ busca resgatar a centralidade da prática na construção dos processos avaliativos. A discussão do autor é que a avaliação seja pensada a partir da prática, reposicionando seu papel junto ao da evidência científica. A ideia é que o foco seja dado primeiro à prática e depois à evidência científica como solução para os problemas práticos. A partir desta perspectiva, o autor propõe a *Avaliação Orientada a Partir da Prática (Practice-Oriented Evaluation)*.

O autor critica a avaliação enquanto lógica instrumental, na qual a prática tem papel irrelevante frente à teoria. Uma avaliação auto evidente, na qual seus fins e produtos podem ser visualizados antes de ser empreendida⁵⁰. A avaliação como uma lógica instrumental nega que o avaliador tenha qualquer responsabilidade especial de sintetizar os vários juízos de valor em um único juízo que faz, e supõe que há um ponto de vista puramente objetivo. Esta abordagem impele o pesquisador a realizar uma abordagem normativa e descritiva e reduz a necessidade de uma abordagem crítica⁶⁷.

Este tipo de lógica na avaliação inibe a voz crítica dos avaliadores e tende a perpetuar o *status quo*. Isto não significa que a avaliação deve ser abandonada, mas que seja colocada em uma perspectiva mais abrangente da racionalidade humana. Deste modo, realizar uma abordagem crítica, emitir juízo de valor são ações complexas e requerem a participação dos interessados, não dependem exclusivamente dos pronunciamentos do avaliador⁶⁷.

Por isso, é central compreender a relação do agente no mundo e suas experiências, tendo em vista sua capacidade de mudança. Uma avaliação que coloca a prática como central será sempre contextualizada, pois é no contexto que ela adquire significados tendo em vista sua compreensão⁶⁷.

Assim, a *Avaliação Orientada a partir da Prática* tende a reconstruir a compreensão hermenêutica da prática, tendo em vista que compreender é diferente de saber, é uma aprendizagem que implica abertura para diálogo e escuta e a possibilidade de equívocos⁶⁸. A reconfiguração precisa visa elucidar que pensar a partir da prática é

diferente de pensar para a prática⁵⁰. Em outras palavras, ao colocar a compreensão da prática como central, do ponto de vista da hermenêutica, abordar as questões do fazer prático é bem diferente da razão prática⁶².

A construção hermenêutica do processo avaliativo implica que as perguntas norteadoras: *o porque de se avaliar e o porque mudar a prática* sejam postas em discussão e construídas de modo dialógico. Do ponto de vista prático, é importante que aqueles que estão na rotina se perguntem por que deveriam modificar sua prática. A prática não é um meio para a aplicação da ciência, ela envolve atores que estão continuamente resolvendo seus problemas a partir de suas experiências. É uma estrutura conceitual para abrir novas maneiras de ver e analisar os recursos da avaliação⁵⁰. O reposicionamento da prática leva a rever suas características na avaliação como sendo:

a) um evento ou eventos que estão sempre evoluindo, se transformando e o foco é como as pessoas mudam, se desenvolvem e interagem;

b) um exercício de pessoas que não são totalmente livres e interagem em um contexto de normas e julgamentos;

c) uma realização que deve ser vista de diferentes maneiras e vários pontos de vista;

d) na prática, há muito mais para se conhecer do que se quer conhecer;

e) o conhecimento da prática é autoconstituído, todo o ser e os modos de compreensão estão relacionados;

f) a prática fornece subsídios para transformar o pensamento;

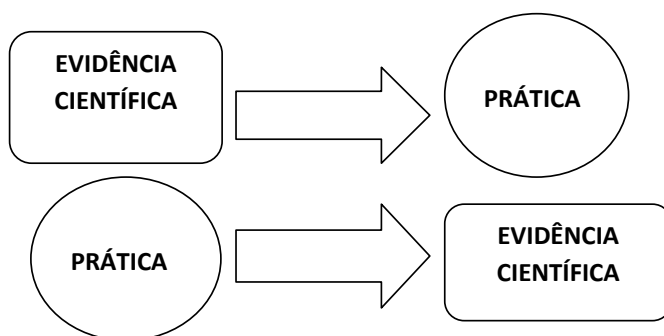
g) a prática se caracteriza melhor como ação, participação e transformação dos modos de vida, o que está em jogo é a transformação *no modo de ser*⁵⁰.

Este modo de pensar a prática leva à constituição de duas perspectivas de avaliação (restrita ou ampliada). *Na primeira*, a evidência é estabelecida por uma investigação científica com determinados critérios; a prática como racionalidade instrumental (objeto e meio), ou como instrumento pautado pela ciência; e, como consequência, a avaliação é realizada pelos métodos e critérios científicos que disponibilizam o conhecimento para a prática. Os dilemas são vistos como problemas técnicos que necessitam de soluções, baseadas em evidências científicas⁵⁰.

Na segunda, a evidência não se limita ao critério científico, combina as experiências do cuidado em saúde (valores, conhecimentos, saberes) e a melhor configuração na tomada de decisão. Isto exige a habilidade de compreender e combinar

as necessidades e os recursos existentes (pessoais e institucionais). A avaliação, nesta acepção, busca articular os valores dos indivíduos e utilizar as informações para que se possa compreender as contradições e inconsistências da prática. A prática é posta como um material de linguagem humana que está intimamente relacionada com o praticante e suas experiências e conhecimentos, caracterizados por sua capacidade de transformar o contexto. Por isso, a avaliação é construída a partir das evidências práticas. É nesta perspectiva que é construída a proposta de *Practice-Oriented Evaluation* (Figura 2)⁵⁰.

Figura 2- Reposicionamento da prática na *Practice-Oriented Evaluation*



Fonte: Elaboração própria, a partir de Schwandt (2005).

A proposta demanda determinados *compromissos centrais* do avaliador, que estão emaranhados:

- 1) manter o diálogo acerca da adequação dos objetivos e meios da avaliação junto aos que estão realizando a prática;
- 2) considerar que nem sempre os praticantes têm consciência da necessidade de realizar a avaliação;
- 3) buscar compreender as rotinas e os significados da cultura da prática;
- 4) colaborar para pensar a prática, tendo a avaliação um caráter pedagógico;
- 5) buscar as respostas e os meios plausíveis para finalizar com diálogo. É uma avaliação comprometida com a participação, cooperação e colaboração;
- 6) ver a avaliação como um valor social, um compromisso compartilhado que assume a possibilidade de rever os contratos firmados, apoiando-se na justiça social.

Para o autor, toda avaliação é uma oportunidade para rever os pressupostos, as consequências e os contratos da prática. Assim, a avaliação *orientada a partir da prática* é ao mesmo tempo filosófica, contextual, pragmática e transformadora:

It is philosophical because it encourages examination of questions of what should be—questions of social value and justice, as well as questions about the kinds of practitioners we ought to be in our social interactions with one another. It is contextual because it is grounded in the lived experience of members of communities, in the study of practical action, in questions of what is—what are we doing now in this place and time; what are our standing commitments, values, norms, and routines? It is pragmatic because it continually asks what can be done, what is feasible; what strategies can we adopt, what actions can we take to change things? It is transformative because in deliberation, the possibility emerges of new self-understandings, new identities, new agreements, and new ways of going on together⁵⁰.

Neste contexto, uma avaliação que vise o cuidado enquanto prática que se reconstrói não pode se restringir aos resultados ou aos efeitos do cuidado, enquanto *êxito técnico*, ela ampliaria seus resultados para o *sucesso prático*⁴⁹. Por exemplo, o cuidado com o usuário que tem diabetes não se restringiria a verificar seu perfil glicêmico e suas medidas antropométricas (*êxito técnico*). Mas, verificaria se o cuidado teve *sucesso prático* que possibilitou novos sentidos e significados e interferiu positivamente *em seu projeto de felicidade*. O cuidado é dirigido para uma pessoa com diabetes, daí a necessidade de se ter em mãos outros modos de realizar o cuidado que possam levar em conta os significados do processo de adoecimento para a pessoa.

Modelo teórico para avaliação do cuidado com as Medicinas Alternativas e Complementares na Estratégia de Saúde da Família

O *modelo teórico* ou *teórico lógico* tem sido comumente utilizado no campo da avaliação em saúde, visto como um dos primeiros passos para a avaliação de políticas e programas⁶⁹. O modelo teórico visa apontar a *racionalidade subjacente de um programa*, compreende o detalhamento sobre o problema ou comportamento almejado, *a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários e suficientes para produzirem, isolada ou integradamente, os efeitos*⁷⁰. É

necessário saber quais os fundamentos do programa para que possa ser avaliado, por isso o modelo teórico, é tido como *crucial*⁶⁹.

Na elaboração do modelo, em busca do modelo *ideal* os avaliadores devem levar em conta a percepção de quem está implicado na avaliação, os modelos podem ser adaptados e transformados, à medida que incorporam as dimensões do contexto que não tiverem sido contempladas⁶⁹.

O modelo teórico de avaliação a partir da prática, construído neste estudo, apesar de preservar algumas características do modelo teórico, não se limita a ele, agrega diferentes perspectivas teóricas. Apoiado nas discussões anteriores, reconhece que há limites em estabelecer metas *a priori* para o cuidado nas MACs, elas fazem parte do processo de cuidado, são construídas no processo, que está em constante mudança. As dimensões a serem avaliadas incluem como o cuidado é desenvolvido e como repercute sobre os agentes e o contexto no qual eles estão envolvidos.

Avaliar a eficácia e efetividade das MACs envolve todo o processo de cuidado (acolhimento, diálogo, diagnóstico, intervenção, troca, resultados a cada encontro). Vale ressaltar que, quando se trata da realidade prática é possível o uso de diversos saberes, tanto da racionalidade biomédica, quanto da MAC. Também, leva em conta que estão em campo a vontade, a disposição, a motivação e a experiência, tanto de quem cuida quanto de quem é o foco do cuidado.

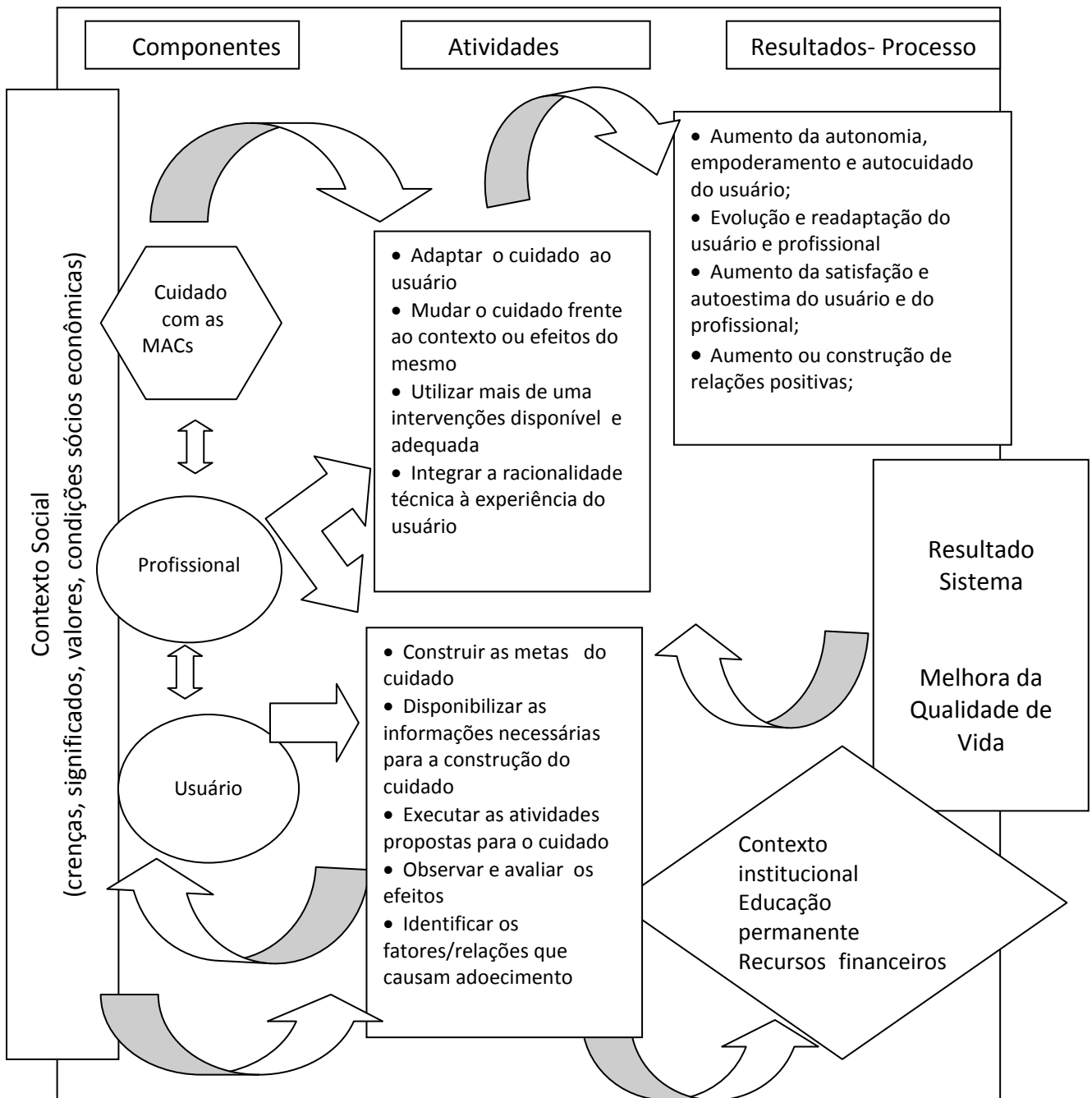
É importante reconhecer a interdependência entre os componentes do modelo e a sua inserção contextual, além de compreender os usuários e os profissionais como sistemas adaptativos complexos capazes de agir ou adaptar-se ao contexto. Sendo necessário, portanto, manter uma contínua avaliação.

Assim, o modelo teórico de avaliação proposto foi construído a partir de três componentes interdependentes: o cuidado nas MACs, os profissionais e os usuários. E se estabeleceram, a partir desta interação, possíveis atividades e resultados; realizou-se esta diferenciação, mas, na realidade tratam de possibilidades distintas de ver o processo de cuidado com as MACs, visto que a relação entre causas, efeitos e contexto é pouco clara dada a complexidade da intervenção, ou seja, os efeitos interferem no cuidado, mas também o próprio cuidado interfere no modo como os agentes o realizam. A avaliação, neste caso, deve considerar que as relações são constantes e mutáveis (Figura 3).

No modelo, as atividades também podem ser vistas como resultados influenciados pelo processo do cuidado, daí o fato das setas não serem unidirecionais

(Figura 3). Por exemplo, o aumento da autonomia (resultados) interfere na construção de metas do cuidado (atividades), que repercute novamente na autonomia (resultados), que também sofrem influência do contexto. Os componentes, atividades, resultados e contextos estão em constante interação. Daí a importância da avaliação buscar construir as evidências a partir da prática.

Figura 3- Modelo Teórico para avaliação do cuidado com as Medicinas Alternativas e Complementares



Fonte: Elaboração própria

A construção do cuidado resulta da interação entre os agentes, mas também interfere na interação. Assim, os resultados podem ser avaliados e reavaliados no processo, em qualquer tempo. Vale ressaltar que a avaliação considera que os profissionais também sofrem os efeitos da intervenção; apesar da ênfase dada aos

efeitos do cuidado com as MACs para nos usuários, não se pode perder de vista o modo como o profissional *sente e age* também interfere nos resultados. A prática muda quando os profissionais mudam suas relações.

A construção do modelo de avaliação possibilitou a elaboração de um quadro avaliativo, tendo em vista que as dimensões são interdependentes e não estanques. Também os efeitos são vistos como mutáveis, tendo como um de seus elementos a construção de metas a serem alcançadas, as quais também têm relação com a avaliação do cuidado. E, neste caso, os objetivos de *cura* envolvem tanto o profissional quanto o usuário, já que as metas não são colocadas *a priori*, elas são construídas no processo de cuidado. Elas são meios e fins de um cuidado reconstrutor que permite o diálogo e a compreensão. Deste modo, a avaliação não deve fugir da prerrogativa de ser vista a partir da hermenêutica.

O modelo teórico proposto não é de cunho prescritivo, visa *fazer pensar*, provocar perguntas avaliativas para que, a partir da prática, possam ser elucidadas as evidências do cuidado com as MACs na ESF. Na prática, podem ser levantadas outras perguntas, outros componentes; é importante não perder de vista que as MACs têm características que exigem ampliar o escopo teórico e metodológico das avaliações e que a orientação da avaliação se dá a partir da prática. No quadro 1 apresentamos um exemplo de perguntas avaliativas levantadas a partir do modelo proposto.

Quadro 1-Perguntas para avaliação do cuidado com as Medicinas Alternativas e Complementares

COMPONENTES		DIMENSÕES	PERGUNTAS AVALIATIVAS
	Agentes	Usuários Profissionais	Como os agentes evoluíram e se adaptaram às novas circunstâncias? Mudanças nos agentes: empoderamento? autonomia? autocuidado? autoestima? O usuário se sente melhor com o cuidado recebido? Mudanças na relação entre os agentes: a assimetria de poder mudou? O usuário identifica, acolhe e partilha os objetivos do cuidado recebido?
	Cuidado	Singularidade Flexibilidade Complexidade Integralidade	Singularidade: Em que medida o cuidado foi adaptado à pessoa e não à doença? Flexibilidade: Ocorreram mudanças no processo de cuidado, buscando adaptar o cuidado ao usuário e seu contexto? Complexidade: A intervenção envolve mais que a prescrição de medicamentos e normatização do estilo de vida? Integralidade: Foram integrados os conhecimentos disponíveis no contexto, para atender à necessidade do usuário, inclusive sua experiência? A técnica, quando for o caso, foi aplicada corretamente?
	Resultados	Construção partilhada de metas Interação com o contexto Qualidade de vida Satisfação	Ocorreu a construção partilhada de metas, tendo em vista as necessidades sentidas pelo usuário e pelo profissional de saúde? As metas do cuidado foram construídas em conjunto? Aumentou a interação positiva entre os agentes? E entre o usuário e seu contexto? Construíram rede de cuidado? O usuário identifica melhora no seu bem estar? O cuidado conferiu satisfação ao usuário e ao profissional?
	Contexto Social	Crenças, valores, condições sócio-econômicas	As experiências, as crenças e os valores dos usuários foram valorizados? Quais características do contexto estão interferindo no cuidado e seus resultados?
	Contexto Institucional	Educação permanente Recursos organizacionais, financeiros e materiais	Há formação para o cuidado com as MACs? Há condições técnicas, financeiras e materiais para a realização do cuidado com as MAC?

As discussões acerca das MACs são atuais e requerem que, sem apelos dogmáticos contra ou a favor, permitam a visualização das evidências práticas com seus limites e potencialidades. Vale salientar que as características elencadas acerca do cuidado, neste artigo, são de cunho teórico; portanto, na prática, o cuidado pode se realizar de modo distinto, considerando que são os indivíduos que o constroem. Profissionais que utilizam as MACs podem ser mais ou menos autoritários e reducionistas que os profissionais que não as usam, inclusive ignorando os potenciais da biomedicina. Qualquer uma das polaridades, neste caso, é reducionista, ao ignorar as diversas racionalidades que potencializam a efetividade do cuidado. E ampliam as possibilidades tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado. Assim, o modelo teórico proposto não é de cunho prescritivo do tipo *deve ser, como fazer*, mas visa contribuir com o debate para *a partir de que perspectiva avaliar*.

Se a avaliação da prática não é vista enquanto uma compreensão hermenêutica e transformadora, qual a sua possibilidade de transformar a prática? Se os objetivos da avaliação da prática são definidos de modo centralizado e não agregam as experiências dos praticantes, qual o potencial de sua aplicação para a prática? Estas perguntas sugerem uma reflexão acerca dos motivos que tornam as avaliações inócuas e pouco efetivas na transformação da prática. Avaliar a prática é diferente de avaliar a partir da prática.

A *avaliação orientada a partir da prática* na ESF pode estimular os profissionais a realizar uma avaliação que vise a capacidade de transformar a prática. Esta avaliação teria a hermenêutica como meio e fim para um novo *saber fazer* que se constrói e reconstrói a partir do encontro entre o profissional e o usuário, e dar vida ao *que pode ser e fazer*. Uma utopia? Talvez, mas “*sem ela não vale a pena viver, e sem ela também é impossível pensar, porque o pensamento não é produzido a partir do que houve, nem do que há. O pensamento portador de frutos é produzido a partir do que pode ser*”⁷¹.

Referências Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: 2002.
2. McFarland B, Bigelow D, Zani B, Newsom J, Kaplan M. Complementary and Alternative Medicine use in Canada and the United States. *Ameri J Publ Health*. 2002; 92(10): 1616-18.
3. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. *Evidence-Based Complem Altern Med*. 2011; (2011): 1-8.
4. Thompson T, Feder G. Complementary therapies and the NHS. *BMJ* 2005; 331:856-7.
5. Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and Alternative Medicine use among adults and children: United States, 2007. *Nati Health Stat Rep*. 2008; (12):1-24.
6. Nahin RL, Barnes PM, Stussman BJ, Bloom B. Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007. *Nati Health Stat Rep*. 2009(18).
7. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, Santos FAZ, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saúde Públ*. 2012; 28(11): 2143-54.
8. Luz MT. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: Luz MT, Barros NF organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Lappis; 2012.
9. Giddens A. Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: Giddens A. *Sociologia*. 8.^a Edição. São Paulo; Fundação Calouste Gulbenkian; 2010.
10. Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: A comparison of consumers from 1997–8 and 2005; *BMC Complem Alternat Med*. 2008; 8:1-10.
11. Frank R. Integrating homeopathy and biomedicine: medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians. *Sociol Health Illness*. 2002; 24(6): 796-819.
12. Richardson J. What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. *Ameri J Publ Health*. 2004; 94 (6):1049-53.
13. Grimaldi-Bensouda L, Engel P, Massol J, Guillemot D, Avouac B, Duru G et al. Who seeks primary care for sleep, anxiety and depressive disorders from physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3 population survey. *BMJ Open*. 2012 2(6):1-10.
14. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist Ciên Saúde*. 2009; 16(2): 393-405.

15. Koithan M, Bella IR, Kathryn ND, A Complex systems science perspective for whole systems of Complementary and Alternative Medicine research. *Forsch Komplementmed.* 2012;19(suppl 1):7–14
16. Mason S, Tovey P, Long AF. Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomised controlled trials. *BMJ.* 2002;325:832-4
17. Lüdtke R, Rutten AL. The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. *J Clin Epidemiol.* 2008; 61(12):1197-204.
18. Verhoef M, Koithan M, Bell IR., Ives J, Jonas W. Whole complementary and Alternative Medical Systems and complexity: creating collaborative relationships. *Forsch Komplementmed.* 2012;19 (Suppl):3–6.
19. Paterson C, Dieppe P. Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ.* 2005; 330:1202-05
20. Park MC. Diversity, the individual, and proof of efficacy: complementary and Alternative Medicine in medical education. *Amer J Publ Health.* 2002; 92(10): 1568-72
21. Marian F, Walach H. Medical pluralism, equity and holism [Editorial]. *Forsch Komplementärmed.* 2007;14(suppl 2).
22. Tilburt JC, Curlin FA, Kaptchuk TJ, Clarridge B, Bolcic-Jankovic D, Emanuel EJ, et al. Alternative Medicine research in clinical practice: a US national survey. *Arch Intern Med.* 2009; 169(7): 670–7.
23. Iyioha I. Law’s dilemma: validating complementary and Alternative Medicine and the clash of evidential paradigms. *Evidence-Based Complem Altern Med.* 2011; (2011):1-10.
24. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciêns Saúde Col.* 2002; 10 (Supl):255-266.
25. Salles SAC, Schraiber LB. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. *Cad. Saúde Públ.* 2009; 25(1):195-202.
26. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:1154-9.
27. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciêns Saúde Colet.* 2011; 16(3):1793-1800.
28. Salles SAC, Ayres JRMC. A consulta homeopática: examinando seu efeito em pacientes da atenção básica. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(45): 315-326.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Relatório de Gestão 2006-2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2011.
30. Justo CMP, Gomes MHA. A cidade de Santos no roteiro da expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Hist Ciêns e Saúde.* 2007; 14:1159-71.

31. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2012; 17(11):3011-3024,
32. Monteiro DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático *Cad. Saúde Públ*. 2007; 23(8):1903-1912.
33. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACMB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc Saúde Col*, 2013;18:213-20.
34. Brunning MCR, Mosegui GBG, Vianna CMM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2012; 17(10):2675-85.
35. Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2011; 16(3):1801-11.
36. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NF, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. *Cad Saúde Públ* 2010; 26(1):7-13.
37. Schwandt TA. Valuing methodological diversity. *Qualitat Social Work*. 2012;125-9.
38. Curlin FA, Rasinski KA, Kaptchuk TJ, Emanuel EJ, Miller FG, Tilburt JC. Religion, clinicians, and the integration of complementary and Alternative Medicines. *The J Altern Compl Medic*. 2009; 15(9):987-994.
39. Correa AD, Quintas LEM.; Siqueira- Batista R; Siqueira-Batista, R. Similia similibus curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. *Hist Ciênc Saúde*. 2006; 13(1):13-31.
40. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Hist Ciênc Saúde*. 2011; 18(1): 155-74.
41. Campello MF, Luz MT. Sujeitos em terapia: estudo socioantropológico das práticas clínicas homeopáticas e psicanalíticas. *Rev Homeopatia*.2011; 74(3): 45.
42. Potvin L. Why we should be worried about evidence-based practice in health promotion. *Rev Bras Saúde Matern. Infant*. 2005; 5 (Supl 1): S93-7.
43. McQueen DV. The evidence debate. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56:83-4.
44. Bodstein RCA. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. *B. Tec.Senac: R.Edu.Prof*. 2009; 35: 7-15.
45. Van Beurden EK, Kia AM, Zaski A, Dietrich U, Rose L. Making sense in a complex landscape: how the Cynefin framework from complex adaptive systems Theory can inform health promotion practice. *Health Promot International*. 2011;1-11.
46. Jayasinghe S. Conceptualising population health: from mechanistic thinking to complexity science. *Emerg Themes Epidemiol*. 2011; 8:2-7.

47. Kania A, Patel AB, Roy A, Yelland GS, Duyen TKN, Verhoef MJ. et al. Capturing the complexity of evaluations of health promotion interventions: a scoping review the Canadi J Progr Evaluat. 2013; 27(1) 65–91
48. Reckwitz A. Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing. *Europ J Soc Theory*. 2002; 5: 243-63.
49. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Socied*. 2004; 13: 16-29.
50. Schwandt TA. The centrality of practice to evaluation. *American J of Evaluat*. 2005; 26: 95-105.
51. Giddens A. A constituição da sociedade; tradução Alvaro Cabral. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
52. Nascimento MC. Reflexões sobre acupuntura e suas contribuições na atenção a saúde. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. *Racionalidades Medicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Lappis; 2012. p.343-356.
53. Vasconcelos EMR. Cuidado de enfermagem, com visão holográfica, na abordagem de idosas com depressão, utilizando a terapia floral de Bach. 2002. (Tese de Doutorado-UFSC). Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84559?show=full>
54. Santos FJA, Sánchez JCG. La medicina complementaria en el mundo. *Rev Mexicana de Medic Física y Rehabilitación* 2000; 12: 91-99.
55. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(8):1732-42.
56. Gómez MBD. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Públ*. 2003; 19(2), 635-643.
57. Abma TA. Responsive evaluation in health promotion: its value for ambiguous contexts. *Health Promot Internat*. 2005; 20(4) 392-397.
58. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2009; 14 (6): 2305-16.
59. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321:694–6.
60. McDaniel RR, Lanham HJ, Anderson RA. Implications of complex adaptive systems theory for the design of research on health care organizations. *Health Care Manag Review*. 2009; 34(2), 191–199.
61. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in healthcare. *British Medical Journ*. 2001; 323: 625-8.
62. Gadamer HG. *Verdade e método II*. Seleção e tradução Marco Antonio Casanova. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
63. Giddens A. *Dualidade da estrutura, agência e estrutura*. Oieras: Celta; 2000.
64. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc Saúde Col*. 2005; 10(3)p. 549-560.

65. Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. *Salud Colectiva*. 2008; 4:159-172.
66. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev Saúde Col*. 2007; 17(1):43-62.
67. Schwandt TA. Evaluation as Practical Hermeneutics. *Evaluation*. 1997; 3:69-83.
68. Schwandt TA. On understanding understanding. *Qualitative Inquiry*. 1999; 5: 451-464.
69. Hartz ZMA, Contandrioupoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad. Saúde Públ*. 2004; 20(Sup 2):S331-6.
70. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. 2013.arquivo mimeografo.
71. Santos M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciênc. Saúde Col*. 2003; 8:1 Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100024>.

*Pelas estradas que caminhei
conservei minha individualidade
Mas, com tudo que partilhei
carrego muitas identidades*

*E sinto que, além do ar
que, juntos, respiramos,
estamos sempre a trocar
E tudo, no final, partilhamos*

*E, pela a partilha feliz
que a vida me trata
da qual sou eterna aprendiz
sou também muito grata.*

Considerações Finais

As reflexões que construímos acerca da medicina alternativa e complementar permitiram a elucidação de algumas evidências:

No artigo 1, no qual realizamos um estudo descritivo e exploratório acerca da oferta e produção das medicinas alternativas no SUS, foi possível constatar:

- ✓ Tem mais MAC na atenção primária do que as registradas nos sistemas de informações, tanto no que se refere à quantidade quanto ao tipo de MAC;
- ✓ As ações das MACs são registradas no SIA sob a denominação de atividades especializadas, o que dificulta a identificação das ações desenvolvidas na estratégia de saúde da família;
- ✓ Há dificuldade em identificar o que é considerado MAC nos sistemas de informações, visto que todas as ações que não se enquadram no modelo biomédico são registradas como *práticas integrativas e complementares*, inclusive as práticas corporais (atividades físicas) da Promoção da Saúde;
- ✓ Apesar dos avanços com a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, há limites para avaliar e medir as medicinas alternativas com os atuais sistemas de informações.

Foi possível identificar um descompasso entre o que se registra nos sistemas de informações e o que é praticado nos municípios. Esse descompasso pode ser devido, em grande parte, à indefinição do escopo do que se compreende como práticas complementares e integrativas dentro da PNPIC; o que significa uma grande limitação para sua mensuração e avaliação.

No Artigo 2 - com perspectiva qualitativa e o uso da teoria da estruturação constatamos que:

- ✓ Apesar do modelo de atenção à saúde ser fortemente fundamentado na racionalidade biomédica, os profissionais e usuários estão construindo, dentro dos limites da estrutura (modelo), novos modos de compreender e agir no cuidado em saúde.

- ✓ Há pouca repercussão das MACs no modelo de atenção à saúde que é pautado na produção dos procedimentos biomédicos: consultas e diagnósticos;
- ✓ As ações ainda são restritas quando se trata do modelo de atenção, à saúde, pois só existem duas unidades; não há financiamento específico e há uma carência de investimentos na formação profissional;
- ✓ As MACs se apresentaram como potenciais mecanismos para a reconstrução do cuidado. Podem estimular os profissionais e usuários a buscarem alternativas que possam colaborar para uma abordagem integral, mais abrangente, alargando o referencial teórico e as práticas, pressupondo novos modos de entender e agir sobre o processo saúde e doença, processos de trabalho e saberes instituídos;
- ✓ O uso da TE ampliou a perspectiva de análise do cuidado, à medida que contribuiu para demonstrar a reflexividade dos agentes e sua capacidade de tomar decisões e mudar a estrutura.

Os estudos realizados e a literatura científica consultada evidenciaram que o debate acerca da efetividade e eficiência das MACs continua sendo um ponto de pouco consenso e campo de luta tanto entre os profissionais médicos e não médicos, quanto na academia. Fato que nos leva a compreender que avaliação das medicinas alternativas está em processo de construção e que necessita, ainda, de aprofundamento.

*...É tão bonito quando a gente pisa firme nessas
linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate bem mais forte o coração..
(Gonzaguinha)*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-(PARA PROFISSIONAL)

NOME DA PESQUISA: “Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família Voltados Para Atenção à Saúde Mental: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste”

Prezado(a) Senhor (a),

Estamos convidado-o (a) para participar de uma pesquisa sobre as práticas integrativas e complementares no Programa de Saúde da Família, voltadas para a Saúde Mental. Você foi selecionado(a), pois representa um dos PROFISSIONAIS destas práticas, e **SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço de Saúde Municipal de Recife.**

A pesquisa tem como objetivo Avaliar o desenvolvimento e aplicação das práticas integrativas e complementares no Programa de Saúde da Família voltados para atenção à saúde mental

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde com as práticas integrativas e complementares, e/ou participar de uma reunião onde serão debatidos temas importantes sobre essas práticas, além de responder a um formulário de entrevista. O eventual risco em participar desta pesquisa pode ser o constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos que todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e o que o Sr. não será identificado em hipótese alguma.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a efetividade das práticas integrativas e complementares nos serviços públicos, além da contribuição acadêmica.

A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa bem como a reunião será filmada para posterior análise.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde no Brasil e tem garantido os seus direitos e:

- 1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;**
- 2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;**
- 3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;**

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar os pesquisadores:

Islândia Maria Carvalho de Sousa. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-FIOCRUZ-PE. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629.

Idê Gomes Dantas Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães FIOCRUZ-PE. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012616.

Adriana Falangola Benjamin Bezerra. Centro de Ciências da Saúde. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21268550.

Eu, _____
_____ RG nº _____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do profissional entrevistado:

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-(PARA O USUÁRIO)

NOME DA PESQUISA: “Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família Voltados Para Atenção à Saúde Mental: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste”

Prezado(a) Senhor (a),

Estamos convidado-o (a) para participar de uma pesquisa sobre as algumas atividades que você faz ou atendimento que recebe chamadas em práticas integrativas e complementares que podem ser acupuntura, *lian gong*, homeopatia, automassagem, massagens, Reiki .

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço de Saúde Municipal de Recife.

A sua colaboração é importante. Estamos avaliando como estas práticas funcionam no PSF. Se aceitar será entrevistado e falará sobre a sua experiência nos serviços de saúde. Você também participar de uma reunião onde o assunto será debatido. As falas serão gravadas, após analisadas as gravações serão destruídas para manter o sigilo necessário.

O eventual risco em participar desta pesquisa pode ser o constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos que todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e o que o Sr. não será identificado em hipótese alguma.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar os pesquisadores:

Islândia Maria Carvalho de Sousa e Idê Gomes Dantas Gurgel. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-FIOCRUZ-PE. Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629.

Eu, _____
_____ RG nº _____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura _____ do _____ usuário _____ entrevistado:

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS

I – IDENTIFICAÇÃO

Função na unidade: _____

Idade

< 20	21 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	>66
1	2	3	4	5	6	7

Sexo:

Feminino	Masculino
1	2

Religião/Crença:

Católica	Protestante	Espírita	Judaica	Islâmica	Nenhuma	Outra
1	2	3	4	5	6	7
Qual (7):						

Escolaridade:

<input type="checkbox"/>	Superior completo	Curso:	_____
<input type="checkbox"/>	Pós-graduação:	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Outra Formação:	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

Qual
(is)?

1. Quais as práticas/ ações que você desenvolve na unidade? Como elas são realizadas?
2. Quais as condições que você tem para desenvolver esta prática: insumos/estrutura/educação permanente?
3. Como o usuário chega até você? (fluxo de acesso e agendamento)
4. Como você avalia sua prática na rede (APS/ SF)?
5. Para quais os tipos de problemas você utiliza / indica a sua prática? Qual a resolutividade dessas PIC para esses problemas
6. Qual a resolutividade de sua prática para os problemas que chegam até você?
7. Para quais os tipos de problemas em SM você utiliza / indica a sua e outras PIC?
8. Qual a resolutividade dessas PIC para esses problemas?
9. Quais as vantagens e desvantagens/riscos/segurança desta prática em relação ao cuidado convencional para a saúde mental? E das outras práticas?
10. Dificuldades de exploração e institucionalização das PIC.
11. Como você vê a implantação das PIC na APS e no município.
12. Como avalia a recepção dos usuários?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA
(PARA ATORES CHAVES)**

I –IDENTIFICAÇÃO

Função na unidade: _____

Idade

< 20	21 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	>66
1	2	3	4	5	6	7

Sexo:

Feminino	Masculino
1	2

Religião/Crença:

Católica	Protestante	Espírita	Judaica	Islâmica	Nenhuma	Outra
1	2	3	4	5	6	7

Qual (7):

Escolaridade:

<input type="checkbox"/>	Superior completo	Curso:	_____
<input type="checkbox"/>	Pós-graduação:	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/>	Outra Formação:	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não

Qual (is)? _____

- 1-Como se deu o processo de implantação do programa de medicina alternativa nos serviços de saúde do município do Recife?
- 2-Quais os serviços que têm a práticas integrativas complementares?
- 3-Qual(is) os tipos de práticas integrativas complementares são oferecidas?
- 4- Qual(is) profissionais realizam as práticas integrativas complementares?
- 5- Que ou quais os conhecimentos utilizados pelos profissionais?
- 6-Como se faz o encaminhamento para as práticas integrativas complementares nos serviços?
- 7-Como é realizado o financiamento desta prática nos serviços?
- 8-Quais os obstáculos e desafios para a implementação da prática nos serviços?