

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz**

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso

**Percepção de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre a medicina popular e seus agentes**

Rio de Janeiro

2019

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso

**Percepção de médicos da estratégia de saúde da família sobre a medicina popular e seus agentes**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Alves Melo

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: Perception of physicians of the family health strategy on popular medicine and its agents

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

|      |   |
|------|---|
| C268 | Cardoso, Geraldo Mário de Carvalho.<br>Percepção de médicos da estratégia de saúde da família sobre a medicina popular e seus agentes / Geraldo Mário de Carvalho Cardoso. -- 2019.<br>67 f.<br><br>Orientador: Eduardo Alves Melo.<br>Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.<br><br>1. Medicina Tradicional. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Medicina. 5. Religião e Medicina. 6. Terapias Espirituais/utilização. I. Título.<br>CDD – 23.ed. – 615.53 |
|------|---|

Geraldo Mário de Carvalho Cardoso

**Percepção de médicos da estratégia de saúde da família sobre a medicina popular e seus agentes**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 02 de maio de 2019.

Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Márcia Lopes Cavalcanti  
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Rio de Janeiro

Prof. Dr. Climério Avelino de Figueiredo  
Universidade Federal de Paraíba

Prof. Dr. Jorge Luiz de Souza Riscado  
Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Polo Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

Aos meus pais (in memorium).

Ao meu filho e esposa.

Aos meus irmãos.

Aos Agentes da medicina popular da Vila São José Arapiraca.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais uma etapa alcançada.

Aos meus irmãos e amigos, pelo incentivo e apoio que nos concederam durante o curso.

Aos professores Jorge Riscado, Divanise Suruagy, Maria das Graças, Márcia Lopes e Silvia Martins, pela orientação profissional concedida.

A todos outros professores e pessoal administrativo, pela o carinho e atenção concedidos.

Ao professor Eduardo Melo, pela grande dedicação e paciência como orientador.

Ao professor Climério Avelino, por participar da banca examinadora.

Aos colegas médicos entrevistados pela imprescindível colaboração para execução deste trabalho.

À professora Lenilda Austrilino, que deu importante apoio nas horas críticas da execução deste trabalho.

À professora Tereza Vasco que, com presteza, se dedicou a correção desta dissertação.

Disse a anciã curandeira da alma:

Não doem as costas, doem as cargas.

Não doem os olhos, dói à injustiça.

Não dói a cabeça, doem os pensamentos.

Não dói a garganta, dói o que não se expressa ou exprime com raiva.

Não dói o estômago, dói o que a alma não digere.

Não dói o fígado, dói a raiva contida.

Não dói o coração, dói o amor.

E é precisamente ele, o amor mesmo, quem contém o mais poderoso remédio.

(ÁGUILA; MÁRQUEZ, [201-])

## RESUMO

Referência: CARDOSO, Geraldo Mário de Carvalho. **Percepção de médicos da estratégia de saúde da família sobre a medicina popular e seus agentes**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica tem como prioridade a Estratégia da Saúde da Família - ESF, apontada como o principal acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS, adotando atributos como a coordenação e longitudinalidade do cuidado, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Entretanto, há também um sistema de saúde informal – medicina popular – MP, exercida por pessoas sem formação técnica especializada, os seus agentes. São representantes da sabedoria popular, como donas de casa, benzedadeiras, parteiras empíricas, líderes religiosos, raizeiros que atendem em suas casas, em agências religiosas de curas e têm a capacidade de aproximar e fortalecer as relações sociais, para enfrentar, com autonomia, problemas de saúde. A capilaridade da ESF a coloca muito próxima da MP. Esta pesquisa teve com objetivo compreender a percepção dos médicos da Atenção Básica sobre a MP e seus agentes. A metodologia adotada foi de natureza qualitativa, realizada por meio de entrevista, com médicos da ESF de Maceió - AL. Como principais resultados, destacam-se a baixa interação dos médicos com a MP, a opinião de que seria importante haver parceria, a dificuldade de diferenciar a MP das Práticas Integrativas e Complementares, a presença da MP nas histórias pessoais e familiares dos médicos, a prescrição de recursos terapêuticos da MP pelos médicos e uma visão, por vezes instrumental, em relação à MP. Conclui-se que, apesar da consideração à MP pelos médicos, estes ainda apresentam limitações importantes na visão e, sobretudo, na interação com os agentes da MP.

Palavras chaves: Medicina Popular. Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Médicos.



## ABSTRACT

Reference: CARDOSO, Geraldo Mário de Carvalho. **Perception of physicians of the family health strategy on popular medicine and its agents**. 2019. Dissertation (Professional Master in Family Health – PROFSAÚDE). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

Primary healthcare policy in Brazil is centered around the Family Health Strategy (FHS) program, through which most people access the national Unified Health System. FHS adopts longitudinal care plans, family and community orientation, and cultural competence. Nevertheless, there exists an informal health system in which alternative medicine (AM) is practiced by technically unskilled individuals and who embody alternative health knowledge. Some of them are homemakers, healers, empirical midwives, religious leaders, or root doctors who receive people at their own homes or places of faith healing and who are able to bring people together and strengthen social bonds so as to allow individuals to face health issues on their own. FHS capillarity places it very close to AM. This survey was aimed at understanding primary healthcare physicians' perspectives with regard to AM and its practitioners. A qualitative methodology was employed by means of interviews with FHS doctors from Maceió - AL. The results that stood out were the low interaction between physicians and AM, the view that a partnership of this sort would be important, the difficulty in backing AM with complementary and integrative initiatives, the fact that AM is part of physicians' personal experiences and family lore, the prescription of therapeutic treatments by medical doctors, and a view oftentimes instrumental when it comes to AM. In spite of the regard in which physicians hold AM, one can conclude that their view of AM is rather limited and that they see important hurdles to their interaction with AM practitioners

Keywords: Alternative medicine. Family Health Strategy. Primary Healthcare. Physicians.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AB      | Atenção Básica   |
| AP      | Atenção Primária   |
| APS     | Atenção Primária à Saúde   |
| AMAQ    | Autoavaliação Para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica   |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família  |
| eESF    | Equipe Estratégia Saúde da Família                                       |
| FAMED   | Faculdade de Medicina  |
| MAC     | Medicina Alternativa e Complementar                                      |
| MFC     | Medicina de Família e Comunidade   |
| MP      | Medicina Popular   |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde   |
| PMM     | Programa Mais Médicos Para o Brasil                                      |
| PNAB    | Política Nacional de Atenção Básica                                      |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica |
| PNPIC   | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares              |
| PROVAB  | Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica                |
| PSF     | Programa Saúde da Família  |
| SUS     | Sistema Único de Saúde   |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde  |
| UFAL    | Universidade Federal de Alagoas  |
| UNICEF  | Fundo das Nações Unidas para a Infância                                  |

## SUMÁRIO

|          |   |    |
|----------|---|----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 11 |
| <b>2</b> | <b>JUSTIFICATIVA</b> .....  | 14 |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS</b> .....  | 15 |
| 3.1      | <i>Geral</i> .....  | 15 |
| 3.2      | <i>Específico</i> .....   | 15 |
| <b>4</b> | <b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E POLÍTICAS CORRELATAS</b> .....  | 16 |
| 4.1      | <i>Atenção Primária à Saúde</i> .....   | 16 |
| 4.2      | <i>Atenção Primária à Saúde no Brasil e a Estratégia Saúde da Família</i> .....   | 18 |
| 4.3      | <i>Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares</i> .....  | 22 |
| <b>5</b> | <b>CULTURA E SAÚDE</b> .....  | 24 |
| <b>6</b> | <b>AS MEDICINAS E A APS</b> .....   | 28 |
| 6.1      | <i>Biomedicina</i> .....  | 28 |
| 6.2      | <i>Medicina de Família e Comunidade</i> .....   | 29 |
| 6.3      | <i>Medicina Popular</i> .....   | 33 |
| 6.4      | <i>Medicina Alternativa, Complementar e Integrativa</i> .....   | 35 |
| <b>7</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....  | 38 |
| 7.1      | <i>Sujeitos da pesquisa</i> .....   | 38 |
| 7.2      | <i>Local de pesquisa</i> .....  | 39 |
| 7.3      | <i>Instrumentos de coleta de dados</i> .....  | 39 |
| 7.4      | <i>Análise dos dados</i> .....  | 39 |
| 7.5      | <i>Considerações Éticas</i> .....   | 40 |
| <b>8</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | 41 |
| 8.1      | <i>Perfil dos Entrevistados: trajetória profissional e experiência na Atenção Básica</i> .....                          | 41 |
| 8.2      | <i>Os agentes da MP citados em seus respectivos territórios de atuação</i> .....  | 43 |
| 8.3      | <i>Interação dos médicos com a medicina popular e com os agentes da medicina popular no território de atuação</i> ..... | 43 |
| 8.4      | <i>Recursos terapêuticos da MP mencionados no contexto do território de atuação</i> .....                               | 46 |
| 8.5      | <i>Experiência com a MP no contexto pessoal/familiar dos médicos</i> .....  | 47 |
| 8.6      | <i>Saber e crença na MP segundo os médicos</i> .....  | 48 |
| 8.7      | <i>Parceria potencial entre Medicina da ESF e a MP</i> .....  | 50 |
| 8.8      | <i>Acompanhamento e atuação dos médicos junto às práticas de MP com seus pacientes</i> .....                            | 52 |
| 8.9      | <i>Incorporação de práticas da MP por médicos da ESF</i> .....  | 53 |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>9</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>55</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>56</b> |
|          | <b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>                          | <b>61</b> |
|          | <b>ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b> | <b>62</b> |
|          | <b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO MOTIVADA PARA PROJETO DE PESQUISA .....</b>     | <b>63</b> |
|          | <b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>         | <b>64</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a procura pela assistência à saúde pode acontecer em três distintos “setores” da medicina. O sistema de medicina formal é exercido no setor público e setor privado em diferentes tipos de serviços de saúde. O sistema de medicina informal contempla a medicina popular<sup>1</sup>, aquela advinda do conhecimento cultural da população e praticada por vários agentes, entre eles as benzedeiras, curandeiras, líderes religiosos e as parteiras populares. O sistema de medicina alternativas e complementares engloba as práticas integrativas e complementares a exemplo de acupuntura, florais, heike e massoterapia.

Os sistemas formal e informal, em geral, encontram-se em sítio de ação próximos, com capacidade e abrangências específicas, com importante contribuição à saúde. Sendo que o sistema de medicina informal – Medicina Popular – tem maior visibilidade na Atenção Primária dada a inserção territorial e comunitária desta, podendo coexistir com a medicina ali praticada.

A proposta da Conferência Internacional sobre Cuidado Primário de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, onde 134 países presentes subscreveram uma política de saúde internacionalmente conhecida como Declaração de Alma-Ata, que propôs aproveitar todos os recursos – formais e informais – existentes na comunidade, para contribuir nas ações de saúde. Inclui não só o trabalho dos médicos, dos enfermeiros e outros profissionais técnicos de saúde, mas também os agentes da medicina popular – MP, como as parteiras populares, as benzedeiras, os práticos, curandeiros e agentes treinados pertencentes à comunidade.

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB - tem como prioridade a Estratégia Saúde da Família – ESF, apontada como o principal acesso ao Sistema de Saúde. O processo de trabalho das equipes da ESF considera a integralidade, qualidade, equidade e participação social como princípios fundamentais da Atenção Básica à Saúde.

No entanto, no documento do Ministério da Saúde, que trata da PNAB não há menção explícita sobre Medicina Popular - MP. Única referência à MP encontra-se no Instrumento de Autoavaliação do Acesso da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ, lançado em 2012. Na

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, utilizaremos a denominação de Medicina Popular, entendendo que esta, por um lado, é positiva, porque reconhece que existem saberes e práticas populares de cuidado à saúde. No entanto, estamos atentos ao risco que essa denominação também possa ter um caráter de isolamento, de pouca legitimação dessa prática, ainda que identifique a sua existência. A noção de popular dar a ela um caráter de menos qualificada. Apesar de reconhecermos o risco de o termo ser estigmatizado, continuamos a utilizá-lo, buscando ficar atento às implicações decorrentes.

Dimensão: Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde e na sua Subdimensão: Atenção Integral à Saúde, no item que se refere à equipe de atenção básica, a AMAQ avalia se a equipe de saúde desenvolve estratégias de integração dos saberes populares e técnico-científicos.

A APS é a porta de entrada preferencial do SUS, e nela se encontram a equipe da ESF e a MP. Os serviços da APS no Brasil, por serem territorializados e próximos à dinâmica de vida das pessoas, são próximos de locais onde vários agentes realizam suas práticas. Por conseguinte, a Atenção Primária está mais próxima, potencialmente, desses Agentes da MP do que, por exemplo, dos hospitais e de outros pontos de atenção. Isso faz com que a Atenção Primária- AP seja um lugar privilegiado de potencial contato com esses Agentes. A depender da ocorrência de contato, esta poderá ser positiva, no sentido de uma parceria, ou poderá resultar tensões entre esses dois sistemas de medicina.

A interação com os agentes da MP nas ações de saúde poderá levar a uma integração entre esses sistemas, favorecendo a sinergia das ações e, conseqüentemente, maior eficácia para a APS. A existência dessa parceria necessita da compreensão dos médicos da ESF sobre o papel dos agentes da MP nesse nível de atenção à saúde.

As tensões existentes entre os sistemas de medicina poderão ser minimizadas, caso haja uma integração entre eles, tendo como consequência um fortalecimento da abrangência e capacidades desses.

Na minha trajetória profissional, atuando como Médico de Família no município de Arapiraca-Alagoas, entre 1994 a 1996, no período de trabalhos coletivos, sempre fazia referência à importância desses agentes da MP no cuidado à saúde e, possivelmente, como consequência, tive a oportunidade de testemunhar dois episódios importantes com esses agentes: um, na Unidade Básica de Saúde-UBS, onde trabalhava e outro numa reunião comunitária.

Recentemente, como supervisor do Programa Mais Médicos, testemunhei a influência de agentes da MP sobre os pacientes pertencentes a área de abrangência de uma das equipes que fazia supervisão. Esses fatos me motivaram a tentar entender melhor como médicos da ESF percebem a MP e seus agentes.

Ao realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema Medicina Popular, realizada nas bases de dados Bireme e Scielo, utilizando os descritores DESC BVS (medicina popular, agente popular, medicina alternativa e complementar, agentes informais, práticas integrativas e complementares, estratégia saúde da família, atenção primária a saúde), os resultados encontrados foram escassos. Além disso, a maioria dos livros sobre o assunto foi editada no

período de 1970 a 2004. Menções posteriores ao tema encontram-se em textos direcionados às Práticas Integrativas e Complementares.

Dos vários textos encontrados, não identificamos conteúdo diretamente relacionados com a MP. Os artigos que mais se aproximaram ao tema tratam de: Percepção de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família sobre terapias complementares; Percepção dos enfermeiros da ESF sobre o uso de fitoterapia; A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde; representação social do terapeuta comunitário no SUS.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Esta pesquisa, se justifica pela importância do tema, que motivada pela vivência e experiência do autor, como médico da Estratégia Saúde da Família - ESF e Supervisor do Programa Mais Médico para o Brasil. Compreender possíveis causas e dificuldades por parte de médicos da ESF, de não integrar e compartilhar com os agentes da Medicina Popular que pode ser importante para avanços das ações da Unidade Básica de Saúde, no território onde atuam. Além da baixa produção científica sobre a MP e seus agentes.



### **3 OBJETIVOS**

#### *3.1 Geral*

Compreender a percepção de médicos da ESF sobre a MP e seus agentes.

#### *3.2 Específico*

- Verificar os sentidos e significados atribuídos pelos médicos da ESF sobre os agentes da MP;
- Mapear as vivências dos médicos da ESF com os agentes da MP;
- Problematicar dificuldades e possibilidades nas relações entre médicos e agentes da MP.

## 4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E POLÍTICAS CORRELATAS

### 4.1 *Atenção Primária à Saúde*

A concepção de Atenção Primária à Saúde – APS - foi apresentada de forma sistemática a partir das ideias do Relatório Dawson, pela primeira vez em 1920, com a finalidade de orientar o Ministério de Saúde Inglês. Esse Relatório apresenta o sistema de saúde hierarquizado – os serviços são organizados em níveis, levando em consideração a complexidade tecnológica que cada um apresenta –, originando os conceitos de serviços primários, secundários, domiciliares, complementares e hospitais docentes. Foi quem propôs, pela primeira vez, o esquema de redes, influenciando a organização dos sistemas de saúde em vários países e a forma de organização – regionalizada (existência de uma base territorial para o sistema de saúde) e hierarquizada –, existindo até hoje com diferentes combinações.

Em 1961, com os estudos de White, ficou evidente que a maioria dos cuidados referentes à saúde eram realizados em nível ambulatorial de baixa densidade, em tecnologia (TAKEDA,2004), reforçando o que indicou o Relatório Dawson. Entre as décadas de 1960 e 1970, diversos debates aconteceram sobre a importância da APS na atenção à saúde, culminando com a Conferência de Alma-Ata em 1978.

A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata conceitua Atenção Primária à Saúde - APS, como ações médicas e sociais que variam de acordo com o contexto econômico, social e cultural de uma população (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADO PRIMÁRIO DE SAÚDE, 1978).

Nesse sentido, o ponto principal desse plano inclui prevenção, desenvolvimento social e cuidados primários de saúde. Assim sendo, a APS é “parte integrante do desenvolvimento social e econômico global da comunidade” (VERAS,1987, p. 365).

Essas ações, para que sejam eficazes, eficientes e utilizadas pelas pessoas, famílias e comunidade - para promoção, proteção e recuperação da saúde - devem considerar o contexto, no qual estão inseridas (VERAS, 1987).

De acordo com esse conceito, podem ser observados alguns aspectos necessários para o desenvolvimento das ações na APS: participação comunitária, adaptação das ações às condições de recurso da comunidade, planejamento de acordo com as necessidades prioritárias locais e que os serviços primários atendam a toda a população (VERAS, 1987).

No tocante à participação comunitária, a Conferência Internacional de Alma-Ata alerta para a importância desta, na colaboração com o planejamento das ações de saúde, no diagnóstico situacional, para que as atividades desenvolvidas tenham considerável sucesso na

resolutividade e, também, não possibilitem o surgimento de resistência à implementação das atividades exercidas pela equipe local de saúde (TAKEDA, 2004).

Para Starfield (2002), Atenção Primária à Saúde é a parte de um sistema que garante o cuidado à saúde com foco na pessoa, de forma continuada, tem uma população definida, acesso fácil para atenção à saúde, integralidade da atenção, no sentido de resolutividade (os problemas de saúde mais comuns sejam resolvidos nesse nível de atenção), coordenação do cuidado, de maneira que todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário) estejam integrados, sendo esses os atributos essenciais. E os atributos derivados são: centralização na família (ao observar as necessidades individuais na Atenção Integral, deve ser considerado o contexto familiar e o seu potencial de cuidado); orientação para a comunidade a qual compreende que “as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social” (STARFIELD, 2002, p. 482-486) ou seja, quando a equipe de saúde procura conhecer os problemas da população, utilizando várias fontes de informação, como contato direto com a comunidade, avaliação do serviço e outros. A competência cultural que “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das sub populações que pode não estar em evidência devido a características étnica, raciais ou outras características culturais especiais” (STARFIELD, 2002, p. 482-487). Nesse sentido, requer adaptação da equipe de saúde às características culturais específicas da comunidade com o propósito de melhor viabilizar a comunicação e a relação entre elas.

Comentando a organização dos sistemas de serviços de saúde, refere que “as características comuns às diversas populações orientam os modos de organizar os serviços ou formando sistemas[...]” (TAKEDA, 2004, p. 78). Sendo assim, aAPS representa um complexo de conhecimentos e procedimentos em que se recomenda a utilização de saberes de várias origens para que possibilite maior resolutividade.

Sobre isso, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde afirma que:

Os cuidados primários de saúde serão mais eficazes se empregarem meios que, compreendidos e aceitos pela comunidade, sejam aplicados por pessoal de saúde da comunidade a um custo que esteja ao alcance da comunidade e do país. Esse pessoal de saúde da comunidade, entre os quais se incluem, onde pertinente, os praticantes da medicina tradicional, melhor se desempenharão se residirem na comunidade a que servem e se receberem treinamento social e tecnicamente adequado para atender as necessidades de saúde que a própria comunidade considera relevantes (ALMA ATA, 1978, p. 29)

Dessa forma as ações médicas e sociais que compõem a APS devem estar de acordo com a situação econômica e sociocultural da comunidade.

A declaração de Alma Ata ainda destaca a importância da parceria com os Agentes Informais:

Na maioria das sociedades, existem médicos e parteiras tradicionais. Sendo muitas vezes parte integrante da comunidade, da cultura e das tradições locais, em muitas localidades continuam a manter alta posição social, exercendo considerável influência sobre as práticas sanitárias locais. Com apoio do sistema formal de saúde, esses praticantes autóctones podem transformar-se em importantes aliados na organização de medidas para apoiar a saúde da comunidade. Certas comunidades poderão escolhê-los como agentes de saúde da comunidade. Logo, vale a pena explorar as possibilidades de fazê-los participar dos cuidados primários de saúde e de lhes proporcionar treinamento apropriado (ALMA ATA, 1978, p. 51).

Nas diferentes experiências de APS, têm sido encontradas quatro grandes lógicas de funcionamento: 1) APS seletiva - surgiu valorizando o grupo materno-infantil, como o monitoramento do crescimento infantil, reidratação oral, programa de imunização, em especial para crianças, aleitamento materno até seis meses de idade e suplementação alimentar; 2) APS primeiro nível de atenção - refere-se a um dos níveis de atenção do sistema de saúde; 3) APS abrangente - é o aspecto de um sistema de saúde que seja abrangente, organize o sistema de atenção à saúde e a comunidade promova a saúde e que suas ações sejam orientadas por atributos e os resultados mensuráveis; e 4) Abordagem de Saúde de Direitos Humanos – “que valoriza o entendimento da saúde como direito humano e, como na Declaração de Alma-Ata, da importância ao tratar os determinantes políticos e sociais da saúde” (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2014, p. 495). Nesse sentido, a Conferência Internacional de Alma-Ata dá importância para a estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e para a promoção à saúde pela sociedade.

#### *4.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil e a Estratégia Saúde da Família*

No Brasil, a experiência da APS acontece desde o início do século XX; no entanto, a APS ganha destaque importante após a criação do SUS. Com o funcionamento dos SUS a APS passa a ser denominada de Atenção Básica de Saúde – ABS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2014) e sua organização se dá, preferencialmente, pela ESF, que se originou do Programa Saúde da Família – PSF – modelo que substituiu a rede primária tradicional. Em seguida, a PNAB consolidou os fundamentos da ABS e passou a considerar a ESF como estruturante para organizar os sistemas municipais de saúde. Assim, a ABS se fundamenta na ESF e na PNAB.

Após a criação do SUS, o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno infantil, nas

regiões norte e nordeste, usou a estratégia de criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, formado por equipes compostas de enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, com atribuição de desenvolver atividades preventivas e de promoção à saúde, assim como estabelecer o elo entre a equipe de saúde e a comunidade. PACS foi o precursor do PSF.

A partir de 1994, o PSF é instituído formalmente, sendo conceituado como um modelo de assistência à saúde, com o objetivo de praticar ações de promoção e proteção à saúde da pessoa, da família e da comunidade. A partir de 1996, o Programa passa a ser uma Estratégia, com propósito de reorganização da prática com bases e critérios que apontam para uma reorientação do modelo assistencial, acrescentando em suas equipes médicos e técnicos de enfermagem, além de enfermeiros e dos agentes comunitários de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse sentido, “a ESF pode ser considerada como modelo indutor de mudanças nas práticas de saúde no que concerne à adoção de novos objetivos, para além de atuação individual e de prática tradicionais de saúde públicas [...] (REDE DE PESQUISA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO, 2018, p.413)”.

Simoni et al em referência a equipe ESF afirma:

a equipe da ESF articula a atenção básica com os outros níveis de atenção presentes no Sistema Único de Saúde e executa suas ações, abrangendo a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (SIMONI et al, 2011, p. 25).

O Ministério da Saúde define como atribuições comuns a todos os membros da equipe ESF, promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para enfrentar possíveis problemas identificados no território. Como atribuição específica do médico da equipe ESF, o Ministério da Saúde define, entre outras atribuições, aliar a atuação clínica à prática de Saúde Coletiva (ANDRADE et al., 2004).

Na organização da equipe saúde da família, onze passos são necessários:

Definição e descrição do território de abrangência - a equipe de saúde da família, idealmente de forma democrática e em conjunto com a comunidade e técnicos da Secretaria de Saúde, define um território [...]; a descrição de clientela – é um processo concomitante e interdependente da definição do território [...]; diagnóstico de saúde da comunidade – inicia-se com a territorialização e o cadastramento das famílias [...] micro áreas de risco e de grupos prioritários [...]; organização da demanda – [...] é importante ter clareza acerca da necessidade de uma estruturação com base na demanda organizada; trabalho em equipe multiprofissional – [...] outras categorias profissionais, além do médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem, que tradicionalmente

trabalharam em centros e postos de saúde, tornam-se necessárias; enfoque integral da atenção à saúde da família e da comunidade; estímulo à participação e controle social; organização de ações de promoção da saúde; resgate da medicina popular – diversos estudos antropológicos e epidemiológicos realizados no Brasil têm demonstrado a importância [...]; organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe e identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário (ANDRADE et al. 2004, p. 91-96).

Segundo Franco e Merhy em relação à estrutura e organização:

[...] o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde (FRANCO e MERHY, 2007, p. 100).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, no início do PSF, sofreu muitas críticas por não permitir a construção de modelos alternativos. Atualmente, há flexibilidade da ESF frente a diferentes cenários e comunidades onde são instaladas, embora as equipes atuem fazendo acolhimento à demanda espontânea, cuidado continuado e abordagem de programas coletivos de saúde.

A PNAB foi regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, e apresenta revisão e adequação de normas e incorporação das Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas três esferas de governo. O Pacto pela Saúde contempla três dimensões: Pacto pela Vida – compromisso que os gestores do SUS têm como prioridade que influencia a saúde da população; Pacto de Gestão – apresenta Diretrizes para a gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS – compromisso com a consolidação da Reforma Sanitária Nacional (COSTA, 2009).

Editada pela primeira vez, a PNAB constitui “o principal documento orientador no SUS” (ANDRADE e BRAGONETE, 2018, p. 402). Cria Normas e Diretrizes que contribuem na organização da Atenção Básica – AB, no Programa Saúde da Família – ESF e no Programa do Agente Comunitário de Saúde – PAC.

A PNAB 2006, de forma simplificada, quando orienta o PSF, tem as seguintes características: cadastro das famílias e dos indivíduos com o intuito de avaliar a situação de saúde, tendo por base as características sociais, econômicas, culturais e epidemiológicas de seu território; território definido de atenção; diagnóstico situacional, fixação de prioridade, programação e implementação de ações de saúde; cuidado familiar ampliado; trabalho em equipe multiprofissional, desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias; valorização dos diferentes saberes e práticas, ampliando a abordagem; estímulo à participação

comunitária, acompanhamento e avaliação das ações executadas, com o objetivo de ajustar o processo de trabalho.

Com essa Política, ficou demonstrado o esforço do governo em oferecer um maior acesso à AB e atribuir, através da ESF, a promoção da equidade. Entretanto, para atingir esse objetivo, teve como marco a “definição de uma equipe básica [...]; mudanças no financiamento [...]; definição do rol de responsabilidades [...]; a criação do espaço político da Atenção Primária” (SIMONI et al, 2011, p. 23).

Sobre as características básicas da AB, referentes à PNAB citam:

Ser baseada na realidade local; considerar os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integridade e inserção sócio cultural; orientar-se pelos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, controle social, hierarquização) e pelos princípios próprios (acessibilidade, vínculo, coordenação e continuidade do cuidado, territorialização e a descrição de clientela, responsabilização, humanização) (SIMONI et al, 2011, p. 24).

Após a edição da PNAB, com o intuito de ampliar a integralidade proposta por essa política, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família –NASF; com a função de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e também “ampliar a abrangência e resolutividade das ações da APS no Brasil” (SAMPAIO et al., 2012, p. 32). Outros avanços aconteceram também nesse período, com as Estratégias que tinham como finalidade adaptar as ações de APS nos Estados da Amazônia Legal (SAMPAIO et al., 2012).

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, trata sobre a segunda edição da PNAB, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para organização da AB, para ESF e o PACS.

Ministério da Saúde define a AB, na política, como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução dos danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. [...] utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A AB deve funcionar com o maior grau de descentralização e próxima da população, ser o primeiro contato preferencial dos usuários, porta principal de acesso ao Sistema de Saúde, longitudinalidade das ações de saúde, ou seja, garantir assistência de saúde ao longo de toda a vida dos usuários e coordenação, que compreende a “informação, comunicação, articulação e

ordenação nos diversos níveis de Atenção à Saúde” (TAKEDA, 2013, p. 24).

Assim, a PNAB - 2012 inova a organização do SUS, pois amplia o escopo e a compreensão da AB, quando reúne nela os atributos da APS, introduz o trabalho em rede – estratégia que possibilita a integralidade do cuidado e direciona as demandas de saúde da comunidade (SOUZA e COLLETO, 2016).

Mais recente, em 22 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde, com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão das diretrizes de PNAB com as mudanças propostas para os principais temas: reconhecimento de outros formatos de equipe na AB; gerente de unidade básica de saúde; prazo de implantação; núcleo de apoio à saúde da família (essa equipe não só dará apoio à ESF, mas às AB – tradicionais); teto populacional – redução da população descrita; incorporação do registro eletrônico em saúde e vigilância em saúde na Atenção Básica, Minuta de Aperfeiçoamento da PNAB (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Assim sendo, a “Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, indica a abolição da prioridade para Estratégia Saúde da Família” ( REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO, 2018, p. 408).

É importante salientar que o Ministério da Saúde, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade da AB, criou uma ferramenta de Autoavaliação, denominada Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AMAQ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Ministério da Saúde em relação à organização do AMAQ, refere que:

O instrumento está organizado com base em dois componentes nucleares ou unidades de análise para avaliação que agrupam os padrões de acordo com a competência da gestão e equipe. Os conjuntos de padrões foram definidos pela relação direta com as práticas e competências dos autores envolvidos – gestão, coordenação e equipe de atenção básica. São quatro dimensões que se desdobram em 13 subdimensões, e estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 20).

No que refere à avaliação dessa subdimensão, está a intenção de saber se a equipe de atenção básica desenvolve estratégias de integração, ou seja, “busca atuar em conjunto [...], bezendeiras, xamãs, raizeiro, etc, sempre na perspectiva da troca e integração de saberes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

#### 4.3 *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*

Com o objetivo de garantir a integralidade no cuidado à população, procurar conhecer,



incorporar, apoiar e colocar em prática experiências com medicinas alternativas e complementares, que já vêm sendo praticadas em várias localidades do país, foi criada, no ano de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares – PNPIC.

As Práticas Integrativas e Complementares – PIC são grupos de práticas de atenção à saúde não alopáticas, que existem há séculos com bons resultados nos tratamentos de várias enfermidades a exemplo da homeopatia, acupuntura, entre outras.

Entre os objetivos dessa Política, encontram-se: contribuir para o aumento da resolutividade na AB; ampliar o acesso à PNPIC, com qualidade, eficiência e eficácia; incorporar e implementar as PIC's no SUS, com ênfase na AB, de forma integrada e humanizada; estimular as ações de controle/participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ressalta-se que essas práticas têm a visão ampliada do processo saúde-doença, promovem o cuidado de forma global, em particular o autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Essa Política apresenta um ponto importante: inclusão de saberes e práticas para o cuidado em saúde. Nesse sentido, os modelos biomédicos e não biomédico expandem as suas possibilidades de se combinar, no diagnóstico e tratamento.

Entre as diretrizes da PNPIC, duas merecem destaque: estimular as ações intersetoriais e fortalecer a participação social.

As práticas reconhecidas são: homeopatia, fitoterapia, acupuntura, medicina antroposófica e, recentemente através da Portaria Nº 849/2017 do Ministério da Saúde, a arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Heike, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Foram incluídas, em 2018, mais 10 (dez) Práticas Integrativas: aromoterapia, constelação familiar, bioenergética, apiterapia, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozoniterapia e terapia floral.

Como os profissionais da ESF são os maiores “divulgadores” em potencial dessas práticas no SUS, a PNPIC vem priorizando as mesmas na AB.

Dessa forma, a diversidade de profissionalidade intrínseca na AB, assim como na PNPIC, teoricamente aumenta as possibilidades terapêuticas da equipe, contribuindo com o desenvolvimento de ações de promoção do cuidado contínuo que impulsiona a autonomia e o autocuidado. Outro aspecto a considerar é que a PNPIC, em sua totalidade, poderia resultar na mobilização, para a comunidade participar na gestão do cuidado, possibilitando integrar o serviço com a população e estimulando o exercício da cidadania.

## 5 CULTURA E SAÚDE

A cultura pode ser conceituada como a totalidade dos padrões apreendidos, que influencia o comportamento das pessoas no contexto social onde se encontram “a cultura é compartilhada e padronizada, pois consiste em uma criação humana, partilhada por grupos sociais específicos” (LANGDON e WIJK, 2010, p. 174) tendo, como produto de sua manifestação, o modo de ver o mundo, satisfação das necessidades, as normas, os diferentes comportamentos sociais (NOVA, 2012). É a maneira de ser dos humanos, como vão interpretando, atuando e se relacionando com o trabalho, o lazer, os rituais religiosos, dentre outros. Assim, “não somente nos envolve, mas nos penetra modelando a nossa identidade, a nossa maneira de agir, pensar e sentir” (TELES, 1999, p. 34).

Dessa maneira, a cultura pode não só vir a interferir na satisfação de necessidades básicas, mas também no plano biológico “e até mesmo decidir sobre a vida e a morte dos membros do sistema” (LARAIA, 2017, p. 75). Estado de apatia pode ocorrer quando membros de uma comunidade, em situação de crise, perdem o vínculo com esta e passam a não acreditar mais nos valores de sua cultura, perdendo a motivação. Segundo Laraia (2017), é o que explica a morte de alguns africanos escravizados, em nosso país, no período colonial – o banzo, forma de morte proveniente da apatia.

Outra maneira, menos grave, da possível influência dos padrões culturais sobre o biológico, são as doenças psicossomáticas – “perturbações orgânicas ou funcionais cuja origem pode ser atribuída a fatores psíquicos” (MORIN, 2004, p.48). Assim, a saúde e a doença estão associadas à estrutura da sociedade onde vivem.

Entretanto, a cultura pode, também, promover curas de doenças, sejam elas verificáveis ou produto da imaginação. Acontecem quando há crença do doente na eficiência do tratamento ou no poder do terapeuta (LARAIA, 2017).

Para Neto et al. (2005), fatores como stress, crenças do doente, efeito placebo, aderência ao tratamento, entre outros, influenciam, de forma expressiva, na resposta ao tratamento, assim como no notar e descrever os efeitos colaterais. Portanto, “as crenças e expectativas do paciente determinam sua atitude, comportamento e aderência ao tratamento” (NETO et al., 2005, p. 70).

Minayo (2016), citando Levi-Strauss, refere que se assemelha muito o pensamento mítico do científico e que, nos processos de cura, o esquema tem a mesma estrutura. “Todos dependem da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado” (MINAYO, 2016, p. 194). E conclui, assim, que a racionalidade biomédica é dependente da história e da cultura onde ela

atua.

Dessa forma, a cultura é um fator importante no processo saúde-doença, podendo interferir positivamente, ou não, no tratamento do paciente, na maneira como a doença se expressa e na procura de tratamento (KNAUTH e OLIVEIRA, 2004).

Um outro aspecto importante da cultura é o que ocorre nas sociedades complexas, como a urbana, em que a maioria dos padrões não são compartilhados de forma semelhante por todos os indivíduos que a constituem. Acontece uma participação cultural fragmentária e diferente onde são reconhecidas várias subculturas, fração da cultura como um todo. É necessário, para compreender a cultura desta sociedade, identificar essas subculturas existentes.

Nesse sentido, Meira e Cristóforo (1976) identificam a existência de uma subcultura médica, pois esse grupo profissional tem características comuns como: costumes, padrões, conhecimentos, moral e também hábitos comuns à profissão, independente da especialidade e do local onde se encontram.

Assim, na prática clínica, o médico, influenciado pela subcultura médica, na relação com o paciente, pode analisar e formar opinião sobre este, tendo por base apenas os conceitos médicos, desprezando a percepção do paciente sobre o que está sendo abordado, fenômeno conhecido como etnocentrismo profissional. Esse etnocentrismo pode levar à dicotomia “nós e os outros”, promovendo apreciações negativas dos padrões entre as subculturas do médico e do paciente.

Observa-se que há formas diferentes de se ver o processo saúde-doença, em função das subculturas, se do médico ou do paciente (também chamado de leigo). Para isso, são utilizados os termos *disease* e *illness*, respectivamente, patologia (doença) – correspondendo à visão do médico frente à doença e perturbação ou adoecimento – para o significado que o paciente (leigo) e sua comunidade interpretam subjetivamente a doença ((KNAUTH e OLIVEIRA, 2004). Uma vez que, *disease* e *illness* significam, de forma diferente, a doença, pode acontecer que um diagnóstico médico não corresponda à percepção de doença pelo paciente, daí a necessidade de decodificar o que este expressa, considerando sua percepção de doença.

A relação médico-paciente é uma expressão decorrente das diferentes perspectivas dos sujeitos envolvidos, que podem ser complementares ou conflitantes no enfrentamento dos problemas de saúde nas esferas individual e coletiva. É importante observar o etnocentrismo profissional, pois este pode levar a um confronto na relação médico-paciente, resultando imposição de soluções menos humanísticas.

O médico tende apresentar comportamento dogmático e impositivo em suas condutas frente a situações de saúde, valorizando tão somente as orientações das ciências médicas,

podendo dificultar a comunicação com o paciente e equipe de saúde onde está inserido.

Vale salientar a importância no esforço de contornar a postura etnocêntrica para que a subcultura médica se reestruture no sentido de considerar o relativismo cultural, possibilitando uma melhor relação médico paciente. Nesse sentido, é importante que o enfoque médico não só valorize os aspectos biológico e físico, mas também os aspectos psicológicos, sociais e culturais do ser humano, e que não seja apenas considerado na ocorrência de doença, mas, acima de tudo, na promoção à saúde do indivíduo na sua totalidade.

Como elemento transformador do processo da mudança social, o médico deve estar integrado no desenvolvimento da comunidade, participando ativamente, no sentido de mobilizar a comunidade onde ele atua profissionalmente, fomentando a participação da população para atingir melhor qualidade de vida. Para isso é necessário compreender e respeitar os aspectos sociais e culturais da comunidade.

O conceito de saúde-doença é amplo, não se limita ao paciente, pois deve considerar também o contexto sócio-cultural onde vive, uma vez que os comportamentos dos indivíduos são condicionados por fatores culturais, apreendidos por duas vertentes geradoras desses padrões: a família e a comunidade.

Na família, ocorre a socialização primária das pessoas, no condicionamento dos valores e crenças. Nesta, quase sempre há um responsável pelo cuidado de seus componentes, que incluem várias funções: cuidado e avaliação da saúde de seus membros, busca por tratamento, entre outros.

A segunda vertente, que também exerce importante influência no comportamento das pessoas, é o grupo social maior onde ele convive, a comunidade, que pode ser o local onde mora, ou comunidade religiosa, por exemplo.

Assim como acontece na família, na comunidade, em geral, também há alguns indivíduos que têm funções relacionadas ao cuidado à saúde, podendo ser pessoas da família ou benzedoras, parteiras, líderes religiosos. Esses atores fazem parte da chamada cultura popular, presente no ambiente urbano e rural das sociedades. É uma realidade viva, dinâmica e que se encontra em constante transformação, assim como outra cultura, devido à criatividade do povo. A cultura popular é bem ampla, “incluindo as práticas médicas, por exemplo, como, acentuadamente, a linguagem, os meios de conviver, de ver e de sentir o mundo” (NOVA, 2012, p. 64). Assim sendo, esses agentes da cultura popular – que incluem os praticos da MP - podem colaborar com as equipes de saúde da atenção básica, nas ações desenvolvidas no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde – UBS, favorecendo a integralidade e a humanização no cuidado à saúde (KNAUTH e OLIVEIRA, 2004).

Para Pinheiro (2008), o cuidado à saúde deve ser de forma interativa, de tal modo que o relacionamento entre profissional e paciente seja composto pelo acolhimento como escuta do sujeito, compreendendo o sofrimento do paciente e de sua história de vida. Entretanto, o modelo biomédico, mais utilizado pelo conjunto dos profissionais da saúde, por dar mais ênfase aos meios diagnósticos, relevando a cultura dos pacientes, permitiu que os aspectos físicos se sobrepusessem à atenção e ao cuidado integral à saúde. Em contraposição a esse modelo, as medicinas holísticas, trazem em suas práticas o respeito à cultura e às diferenças do sujeito.

## 6 AS MEDICINAS E AAPS

A hegemonia da ciência moderna, inclusive da medicina científica e da cultura ocidental, considera, quase sempre, que tudo não fundamentado nela é visto com menor importância, algumas vezes como alternativo, podendo levar à ilegitimidade ou até à nulidade. Contextualizar essas medicinas – biomedicina, medicina de família e comunidade, medicina popular e medicina alternativa e complementar e integrativa –, visualizando possíveis aproximações destas com a APS, é importante para compreender as dificuldades e possibilidades nas relações entre médicos da APS com a MP e seus agentes.

### 6.1 *Biomedicina*

A mudança do paradigma médico iniciou em meados do Sec. XIX, mas as práticas de ensino médico aconteciam de forma heterogênea. Só em 1910, com a necessidade de avaliar o ensino médico no Canadá e nos EUA, Flexner apresentou um relatório, denunciando a precariedade do ensino médico nos respectivos países. Esse relatório recomenda que esse ensino deve ser pautado nas ciências biológicas, com foco nas práticas médico/hospitalares. Nesse sentido, o relatório Flexner é tido como o marco da medicina científica, tornando a formação médica, naquela época referência, fundamentada no “paradigma mecanicista, biologicista, individualista, curativista, tecnicista e centrado na especialização” (ALBUQUERQUE e CAMPOLINA, 2014, p.40)

Inspirada nesse modelo, a biomedicina é o tipo de cuidado à saúde, hegemônico em nosso meio, tendo como referência o paradigma cartesiano, fundamentado em uma visão de mundo fragmentada e reducionista. Enfatiza o aspecto biológico, procurando sempre “uma alteração orgânica que faça sentido ao seu diagnóstico” (DANTAS, 1989, p. 38), embora compreenda que a doença se origina da não adaptação do indivíduo às dimensões bio-psico sociais.

A doença é vista como uma desordem orgânica, uma relação de causa e efeito. O indivíduo é tido como uma máquina, reduzido a um conjunto de peças que deve funcionar de maneira igual a todas as outras pessoas. Tem como consequência “a perda de visão do todo, a interdependência das partes com o todo e contribuído na desumanização na relação médico-paciente” (OKAY, 2005, p.03).

Nesse paradigma, o processo saúde-doença tem como foco a doença, busca os fatores que provocam lesões no organismo, fazendo com que sua prática seja quase totalmente curativa e reabilitadora. Prioriza as intervenções medicamentosa e/ou cirúrgicas e o paciente tem pouca

autonomia.

Apesar de consideráveis avanços obtidos pela biomedicina, existem várias consequências desfavoráveis por dividir o ser humano em corpo e mente (a unidade psicossomática deixa de existir) e por afastá-lo do ambiente sociocultural e natural (a unidade bio-psico-sócio-cultural e ambiental é fragmentada), enfatizando a especialização e atribuindo a noção de que o papel do médico interferir é no sentido de reparar o defeito (CAPRA, 1982).

Nesse modelo, a desvalorização da relação médico-pessoa e a terapêutica focal específica são valorizadas. A revolução tecnológica contribuiu para aparelhar a biomedicina e, conseqüentemente, o atendimento hospitalar.

Outro ponto negativo é o processo irracional de medicalização, que consiste na invasão pela medicina de áreas da vida individual. Cada etapa da vida – crianças, mulheres e até a velhice – é objeto de atenção médica específica, mesmo sem apresentar sintomas doentios. Até a manutenção da saúde, no plano individual, é campo de atuação médica.

A medicalização vai deixando as pessoas cada vez mais incapazes de interpretar, viver e reagir autonomamente as suas vivências e ignorando também os determinantes sociais do adoecimento. A crença na ciência leva à desconfiança do saber popular e, em situações de problemas relacionados à saúde, acredita-se que o especialista científico é o único capaz de dizer a verdade sobre a dificuldade encontrada por ela. Quanto mais progride a medicina, mais aspectos da vida vão se transformando em problemas de saúde (TESSER, 2010).

Sobre a medicalização, afirma Foucault:

De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições de moradia [...] é hoje um campo de intervenção médica que, conseqüentemente já não está vinculado exclusivamente às doenças [...] Hoje a medicina está dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente” (FOUCAULT, 1979, p.181) .

Carvalho comentando a hipótese de Foucault refere que:

é que um dos pontos principais é o da falta de autonomia impingida aos pacientes na medicina oficial, dita científica [...] mesmo submetida a práticas mágicas, possivelmente o paciente sente-se ali mais respeitado como pessoa [...] (CARVALHO, 2011, p. 127)

## 6.2 *Medicina de Família e Comunidade*

A partir do relatório de Dawson, que se opôs ao modelo flexeriano, influenciando todo o mundo, surge nos Estados Unidos da América, na década de 1960, a proposta de Medicina

Comunitária, como resposta e alternativa para a dificuldade do acesso pela população com pouco poder aquisitivo. Implicando nos altos custos dos serviços de saúde, decorrentes da ênfase na tecnologia, gerando consequentes prejuízos na relação médico-paciente e o ápice das especializações médicas, foram os principais motivos que contribuíram para o surgimento da Medicina de Família e Comunidade – MFC (FERREIRA, 1982). Nessa mesma década, também ficaram esclarecidas as diferenças entre os três níveis de Atenção à Saúde: primário, secundário e terciário.

No Brasil, sobre o surgimento da MFC, Lopes comenta:

a especialidade surge em 1975, com seus primeiros programas de residência médica sob denominações diversas, em 1981 passou a ser especialidade chamada de Medicina Geral Comunitária [...] e em 2001 passou a receber o nome de Medicina de Família e Comunidade (LOPES, 2012,p.01) .

A MFC é uma especialidade médica que cuida do indivíduo, da família e comunidade, de maneira integral, continuada e abrangente. Considera os aspectos clínicos, biológicos, psicológicos e culturais das pessoas de ambos os sexos e faixa etária, com o foco na saúde, valorizando a prevenção, mas também na prática curativa (LOPES, 2012).

Esta especialidade médica tem como base de seus conhecimentos as outras especialidades. É, portanto, um conhecimento geral, básico com a finalidade de praticá-lo nos cuidados primários à saúde.

Independentemente do problema de saúde, essa medicina tem uma atuação essencialmente clínica, com um acompanhamento continuado, com foco na saúde, no indivíduo, na família e comunidade. É um campo do conhecimento médico com o compromisso e fundamentado por princípios de atuação diferente da prática tradicional (LOPES, 2012).

Para Freeman os princípios que, em tese, orientam a MFC são:

- a) Os médicos de família e comunidade são comprometidos, em primeiro lugar, com a pessoa, e não com um conjunto de conhecimentos, grupos de doenças ou técnicas especiais.
- b) O médico de família e comunidade procura entender o contexto da experiência com a doença.
- c) O médico de família e comunidade vê cada contato com as pessoas como uma oportunidade de prevenção de doenças ou promoção da saúde.
- d) O médico de família e comunidade vê as pessoas que atende como uma “população de risco”.



- e) O médico de família e comunidade considera-se parte de uma rede comunitária de agências de apoio e de atenção à saúde. Todas as comunidades têm redes de apoio social, oficiais e não oficiais, formais e informais. A palavra “rede” transmite a ideia de um sistema coordenado.
- f) O ideal seria que os médicos de família e comunidade compartilhassem o mesmo habitat que as pessoas que eles atendem.
- g) O médico de família e comunidade visita as pessoas em suas casas.
- h) O médico de família e comunidade dá importância aos aspectos subjetivos da medicina.
- i) O médico de família e comunidade é um gerenciador de recursos. (FREEMAN, 2018, p.17)

Para a abordagem do problema de saúde, espera-se do médico de família e comunidade, além do conhecimento científico, habilidade técnica e terapêutica na condução dos aspectos físico e mentais. Ainda assiste todas as faixas etárias e gêneros, do mais simples problema de saúde à fase terminal da vida.

Os médicos de Família e Comunidade podem atender no consultório, em domicílio e, algumas vezes, em clínica e hospital. Atuam, geralmente, em equipe com outros profissionais médicos e não médicos e deve ter responsabilidade com a comunidade.

A formação ideal do médico que atua na equipe ESF é, portanto, em Medicina de Família e Comunidade, pois é “a especialidade médica da integralidade com foco na APS” (ANDERSON et al.2005, p. 61).

As principais competências para a formação do Médico de Família – MF, que idealmente deve ter são: atuar no dia a dia de serviço de APS, ter habilidades que possam resolver situações clínicas mais comuns em sua prática, a abordagem centrada na pessoa, ter em sua prática condutas com a visão holística, agregando a essas uma orientação comunitária (AUGUSTO, 2012).

Essa formação em MF se dá mediante programa de residência em MFC que, no Brasil requer, no mínimo, dois anos de formação, ou por meio de prova de Título de Especialista em MFC, concedido pela Associação Médica Brasileira e a Sociedade Brasileira de MFC, como ocorre em outras especialidades médicas.

Para se submeter a essa prova de título, hoje, o candidato deve ter, no mínimo quatro anos comprovados de atuação na ESF. Essa avaliação ocorre, pelo menos, uma vez por ano, em eventos como Congresso de Saúde da Família (ANDERSON et al.2005). A maioria dos médicos que atuam na ESF, no Brasil, não possuem título de Especialista em Medicina de

Família e Comunidade ou Residência Médica nessa especialidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2018).

A consulta do MF está estruturada no método centrado na pessoa e, para alcançar seus objetivos, necessita da presença de três características fundamentais: integralidade, isto é, abrangência do cuidado; continuidade do cuidado e estabelecimento de vínculo e, competência cultural que “ao incorporar os princípios da Atenção Primária à Saúde, o médico de Família e Comunidade, portanto, atribui-se a tarefa de lidar com a diversidade cultural” (TARGA e OLIVEIRA, 2012, p. 52).

Com integralidade, ela passa a incorporar a dimensão emocional, tanto do paciente como do médico durante a consulta e, por isso, podendo ter consequências na relação médico-paciente, repercutindo na adesão às orientações pelo paciente. Para atingir essa integralidade, os médicos de família mudaram do paradigma mecanicista para organicista, dando origem à importante característica de que o organismo passa a ser um sistema auto-organizado (BONET, 2014).

Outro aspecto da consulta da medicina familiar é aceitar a incerteza, pois as queixas podem surgir do contexto ou, por situações diversas, em que o médico não deve rotular, satisfazendo-se com a identificação do sintoma, aceitando, no momento, que ainda não sabe o que o paciente apresenta.

Os pacientes da atenção básica, em boa parte, passam a sensação, na consulta médica, de que suas doenças não se apresentam como disfunção orgânica, mas sim funcionais. Bonet refere-se para essa ocorrência, assim:

Se utilizarmos uma expressão “nativa”, seus pacientes seriam “complexos” e essa complexidade envolveria dimensões que não só unicamente biológicas ou anatômicas, mas sim psicológicas e sociais. Como modo de tratar esses “funcionais” em toda a sua complexidade, a medicina familiar teria desenvolvido uma *epistemologia da integralidade*, tentando assim de separar-se das explicações biologicistas. A necessidade ficou clara no momento em que esses médicos começaram a perceber que a biologia de seus pacientes “dialogava” com o contexto social e comunitário e, sobretudo, com sua psique (BONET, 2014, p. 164).

No contexto da APS, o contato da MFC com a medicina popular e a medicina alternativa e complementar possibilita a abertura para essas formas de cuidado à saúde, uma vez que o objetivo dessa medicina é considerar e tratar a doença em todas as dimensões associadas. Percebe-se, então, que transitam na medicina de família diferentes saberes. “Esses saberes diversos são postos em permanente negociação” (BONET, 2014, p. 218).

### 6.3 *Medicina Popular*

Metcalf et al. (2004, p. 160), conceituam medicina popular ou tradicional como o “conjunto de conhecimentos, ações e procedimentos que constituem patrimônio cultural da população”. Para eles, os agentes dessa medicina são: os raizeiros ou ervateiros, os curandeiros, as rezadeiras, os sacerdotes de religião, como umbanda e candomblé, médiuns espíritas, pastores pentecostais, os religiosos católicos e as parteiras.

Segundo Costa (2009), a medicina popular são práticas de cura que utilizam uma linguagem acessível a todos os que atendem. É constituída por um grupo de pessoas que pertence à comunidade onde atua e compartilha uma visão do mundo e símbolos sobre o processo saúde-doença.

Para Loyola (1984), existem diversas denominações para a medicina popular. Considera que a MP, em sua abordagem, procura valorizar as queixas físicas e da alma, preocupando-se com os aspectos espirituais, físico e psicossomáticos da doença. Aponta que os fatores culturais devem ser considerados, pois podem se constituir como barreira ao sucesso de políticas de saúde. Ainda, para Loyola (1984), os agentes da medicina popular falam a linguagem de seus pacientes, pertencem a sua classe social e têm a mesma visão do mundo, conhecem os problemas que afetam a comunidade e convivem com essas situações, utilizam técnicas que fazem despertar no doente sua capacidade de autocura e que “a medicina popular não é um fenômeno limitado unicamente às regiões rurais ou isoladas, muito pelo contrário ela é intensamente praticada no meio urbano” (LOYOLA, 1984, p. 04).

Filho e Kummer (1990), destacam que a medicina popular está baseada em princípios e normas transmitidas, por meio da oralidade, pelas gerações e utilizam os recursos ofertados pelo ambiente para auxiliar nas suas atividades de tratamento e cura.

Costa (2009), refere que esta é exercida por pessoas sem formação técnica especializada e seus agentes são pessoas comuns, como as donas de casa, ou por especialistas popular de cura, como benzedeiros, parteiras empíricas, líderes religiosos, raizeiros e outros. Atendem em casa, em agências religiosas de curas e em locais diversos na comunidade. Têm a capacidade de aproximar e fortalecer as relações sociais entre as pessoas, já que desenvolvem, em seu trabalho, ajuda e solidariedade, constituindo rede.

Vasconcelos (1987), afirma que a medicina popular representa a sabedoria do povo para enfrentar com autonomia os seus problemas, considera que o saber popular é muito elaborado, com importantes estratégias de sobrevivência e capacidade de explicar parte da realidade.

É importante ressaltar a dificuldade de se aplicar uma definição sobre o que seja MP,

pois corre-se o risco de rebaixá-la como um resquício de um processo longínquo. Nesse sentido, Oliveira alerta:

Não são os profissionais populares de cura que definem ou afirmam politicamente, na sociedade, o que eles mesmos são e o que eles fazem. [...] A sua identidade é vivida de dentro de sua cultura, e, mas particularmente, da sua categoria profissional, mas é afirmada politicamente de fora (OLIVEIRA, 1985, p. 03).

A MP ocupa um espaço importante na APS, por possíveis razões como: proximidade física, dificuldade de acesso às Unidades de Saúde, falta de medicamentos, dificuldade na comunicação e diferente visão de mundo dos componentes da equipe de saúde. Mas, é importante ressaltar que, independentemente ou não, das ações da Medicina Oficial, ela sempre se faz presente, pois “ela existe com um corpo próprio de conhecimentos dinâmicos, que se alteram ao longo dos tempos, inclusive incorporando elementos da medicina científica e reconhecendo seus limites de cura” (FILHO e KUMMER, 1990, p. 46). Pelos bons resultados alcançados nos tratamentos, principalmente, de problemas de saúde mental, fatores culturais e afetivos estabelecem um complexo que exige conhecimento e identidade cultural que tenha conexão, além de proporcionar autonomia ao paciente (FILHO e KUMMER, 1990).

Assim sendo, é interessante evitar tensões entre os setores formal e informal da medicina, pois se trata hoje da integração e cooperação entre estes com o intuito de se alcançar maior abrangência e melhores resultados nesse nível de atenção.

Dessa forma, é importante para os profissionais de saúde da APS, conhecer os recursos terapêuticos básicos utilizados pela MP: o toque, as rezas, o resguardo, a água, o barro, as plantas medicinais e outros, desde que estejam em concordância com a concepção que se tenha com a natureza do processo saúde-doença (ROCHA, 1987).

Na realização do tratamento, o agente da MP não se preocupa em saber qual o mecanismo de ação que atua na enfermidade pelo recurso terapêutico empregado. Conhecer qual recurso é o suficiente, pois já “observou, aprendeu, intuiu que aquele recurso funciona” (ROCHA, 1987, p. 43). A confiança consistente, a segurança em acreditar em alguma coisa, mesmo que não seja bem compreendida, só produto de observações e comprovações, assim é entendida a fé pela MP. A partir daí é que funciona a intuição (ROCHA, 1987). Portanto, não deve ser aqui a fé confundida como superstição ou crença.

No uso de medicamentos, fitoterápicos e outros recursos pela MP, pode ser importante observar como são preparados, armazenados e utilizados; como também identificar os que possam causar danos à saúde, os inócuos e os que têm eficácia comprovada. Isso objetivando

qualificar a própria prática da MP.

Para Vasconcelos (1997), é importante que os profissionais médicos tenham o cuidado na utilização de recursos da MP em suas práticas, pois podem acabar praticando uma MP sem autenticidade, além de repetir práticas já utilizadas na comunidade. Também, o aprendizado das práticas populares, em geral, não é fácil.

A MP é muito rica, apesar de não ser perfeita. Alguns de seus recursos já serviram de base para a medicina científica, pois “alguns medicamentos e práticas modernas tiveram sua origem na sabedoria popular, por exemplo, vacina contra varíola, quinino, digitálicos, ergotamina, colchicina” ( FREEMAN, 2018, p. 464).

Dessa forma, o comportamento do profissional médico com os agentes da MP deve possibilitar o diálogo, o saber ouvir, procurar aprender, respeitar os atos exercidos que não possam ser compreendidos, mas também de dizer aquilo que sabe, de criticar atitudes que possam acarretar equívocos, para não transmitir, junto à comunidade o descrédito da MP (VASCONCELOS, 1997).

É importante destacar que, no âmbito da APS, a MP tem capacidades e abrangências que a Medicina Científica – Biomedicina não possui (FILHO e KUMMER, 1990). Loyola (1984) refere que a confiança na medicina popular não leva à reprovação da medicina científica, nem da medicina exercida pelo médico. Sendo assim, não há uma visão antagônica entre essas duas medicinas, portanto possibilita uma interação entre elas.

#### *6.4 Medicina Alternativa, Complementar e Integrativa*

Uma classificação e conceito mais recente sobre as medicinas alternativas, complementares e integrativa é o que tem por base a relação entre a prática formal com as práticas informais de atenção à saúde. Pode se falar em complementar, quando ambas estão alinhadas entre si. Quando a informal é utilizada em substituição à formal, é dita alternativa e, quando praticadas em conjunto com base em evidências de segurança e eficácia de ótima qualidade, integrativa ( TESSER. 2010).

No campo da saúde, o modelo alternativo deve ser compreendido como substitutivo ao modelo Biomédico, de forma que todos os seus aspectos tendem a se opor ao padrão objetivo, procurando desenvolver-se em uma perspectiva mais subjetiva e qualitativa.

O termo alternativo passa a ter maior crescimento quando o modelo de cuidado e cura se apresenta como oficial. Nesse sentido, qualquer outro modelo de cuidado e cura não relacionados ao modelo oficial é alternativo ( SINOMI et al.,2011). Dessa forma, foi que surgiu o profissional que pratica ou a medicina formal, ou outras práticas não relacionadas ao modelo

hegemônico.

A relação entre esses dois modelos está na perspectiva da cura e do cuidado. O modelo apresenta algumas características que contrapõem ao modelo biomédico como: importância aos valores humanos, tratamento do paciente em sua totalidade, pouca intervenção (menos medicamentos e cirurgia), uso de tecnologia leve, doença e agravo vistos como processo, foco na saúde, profissional colaborador no tratamento. Mente é o fator primário ou com a mesma importância para o processo de adoecimento, e prevenção vista como integridade, ou seja, devendo contemplar as ações preventivas em todos os setores como no trabalho, relacionamentos e outros e ao próprio indivíduo ( JOSÉ, 2011).

O conceito do termo complementar foi oriundo da física, devido à descoberta de que as partículas subatômicas são matéria e energia ( SIMONI et al., 2011). No campo da saúde, repercutiu, entre outros fatores, o surgimento do profissional híbrido, ou seja, com formação alopática, mas que complementa sua prática com outro sistema médico, assumindo uma perspectiva mais inclusiva (SIMONI et al., 2011).

O modelo complementar apresenta algumas características como: ampliar a perspectiva da biomedicina, procurando padrões, causas e tratamento, baseando-se no estilo de vida dos pacientes; ampliar a perspectiva do tratamento individual e reducionista, compreendendo que o paciente é um todo, incluindo suas redes de relações; incluir recursos terapêuticos baseados nas necessidades dos pacientes; definir doença como desequilíbrio na forma de viver; ampliar a participação do paciente na promoção à saúde (BARROS, 2000).

Tendo como referência o conceito de pluralismo terapêutico, com o propósito de maior capacidade de inclusão, esse modelo pretende unir o que há de melhor em diferentes modos de atenção ao cuidado, no acolhimento à pessoa, incluindo corpo, mente, espírito e cultura. Envolve a participação de diversos profissionais e do paciente no processo (YAARI e ROMAN, 2012).

Nesse sentido, Simoni et al. fazem o seguinte comentário:

Então, com base nesse movimento, foi proposta a desafiadora noção da integratividade, trazendo para os domínios da ciência normal no campo da saúde um novo paradigma, ou seja, um novo conjunto de saberes e práticas que guiam os profissionais nos âmbitos: do ensino, permitindo reprodução; da pesquisa, viabilizando a criação de investigações específicas sobre novos temas; da assistência, inserindo novas práticas nos protocolos convencionais (SIMONI et al. ,2011, p. 15).

Não se trata de proposta para substituir esse paradigma pelo da biomedicina, pois considera e reconhece avanços da medicina formal, assim como, reconhece as outras práticas

de cuidado e cura de outros sistemas médicos. O que se pretende é criar um ambiente inclusivo.

## 7 METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender a percepção dos médicos da ESF acerca dos agentes da MP para a ABS. Campana (2011) afirma que a pesquisa qualitativa visa ao estudo de aspectos particulares, desenvolvido em grupos específicos de pessoas, com abordagem ampla e procurando conhecer como estas se sentem quando diante de situações estudadas.

A abordagem qualitativa busca compreender e responder questões particulares de um universo de valores, crenças e atitudes, visando dar significado a um fenômeno (MINAYO et al., 2004, p. 21).

Na pesquisa social, há três formas principais de coleta de dados: 1) fazendo perguntas às pessoas, 2) observando-as ou 3) estudando documentos (FLICK, 2013, p. 108). Para esta pesquisa, os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, objetivando captar os conteúdos com referência ao tema desenvolvido (SILVA et al., 2002).

### 7.1 *Sujeitos da pesquisa*

Os sujeitos da pesquisa foram 8 (oito) profissionais médicos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuar em equipe de ESF do município de Maceió e possuir pós-graduação em Saúde da Família ou áreas afins, como: especialidade em medicina de família; em saúde coletiva; residência médica em medicina de família e comunidade; título de especialista em medicina de família e comunidade.

Todos os médicos entrevistados atuavam na ESF, sendo 3 (três) com título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Associação Médica Brasileira. Outros 2 (dois) com Especialização em Saúde da Família, pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas UNCISAL; 2 (dois) Especialistas em Gestão do Cuidado na Saúde da Família, pela Universidade Aberta do SUS – UNASUS e 1 (um) com Especialização em Saúde Pública pelo Centro Formador da Secretaria Estadual de Saúde e Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Considera-se que essas diferentes formações são adequadas para a atuação na área ESF, pelo fato de incorporarem os princípios da Atenção Primária à Saúde. Em tese, esses cursos incluem, na sua capacitação, a preparação para lidar com a diversidade cultural, pois a atuação desses profissionais exige, muitas vezes, diálogo entre fazeres e saberes e, portanto, necessidade de conhecer itinerários terapêuticos normalmente utilizados pela comunidade (TARGA e OLIVEIRA, 2012).



## 7.2 *Local de pesquisa*

O local dessa pesquisa foi a cidade de Maceió, cuja população em 2018, de acordo com o IBGE, é de 1.012.382 habitantes. O modelo organizativo, para o sistema formal de saúde, adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, é descentralizado e delimitado de acordo com a área geográfica e populacional. Para atender as necessidades de saúde da população, a rede de serviço do SUS está estruturada em 08 (oito) Distritos Sanitários, considerando as regiões administrativas do Plano Diretor de Maceió. Possui, em sua totalidade, 75 (setenta e cinco) unidades de serviços de saúde. Destas, 36 (trinta e seis) são Unidades de Saúde da Família – USF, promovendo em torno de 25,7% de cobertura da população, atendida por 86 (oitenta e seis) equipes Estratégia Saúde da Família – eESF.

## 7.3 *Instrumentos de coleta de dados*

Para essa pesquisa, foi utilizada a entrevista, seguindo um roteiro semiestruturado – com perguntas abertas e estrutura flexível para orientar o que se deseja ser explorado (POPE e MAYS, 2009). Tendo a entrevista como vantagens, por exemplo, de poder ser utilizada em qualquer parte da população, possuir maior flexibilidade, permite focar mais na apreensão de concepções, entendimentos, representações e potenciais desdobramentos sobre o tema (RAMPAZZO, 2005).

Os entrevistados foram inqueridos sobre suas trajetórias de atuação na Atenção Básica, o conhecimento sobre a Medicina Popular e seus agentes, experiências com a MP em suas vidas pessoais e/ou familiares e profissionais, bem como sobre a relação médico da ESF e Agentes da MP. Roteiro da entrevista encontra-se em anexo.

A cada entrevistado foi atribuída a sigla M, acompanhada de número, obedecendo à ordem das entrevistas. Após permissão, as entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Cada entrevista durou cerca de 50 (cinquenta) minutos.

O local das entrevistas foi na Unidade Básica de Saúde (UBS) dos respectivos entrevistados. A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2018.

## 7.4 *Análise dos dados*

Os dados foram analisados da seguinte forma: primeiro as entrevistas foram transcritas e organizadas em um quadro, contendo, na direção horizontal, as respostas de cada um dos entrevistados e, na vertical, as respostas de todos os entrevistados em relação às perguntas pertencentes ao instrumento de coleta de dados.

Em seguida, foram realizadas leituras exaustivas deste quadro com as transcrições na direção horizontal, auxiliando a traçar o perfil de cada entrevistado e, na direção vertical visando identificar semelhanças entre as respostas. Os trechos mais importantes foram destacados e reunidos em grupos. Os grupos de fala foram analisados na perspectiva de verificar sua aproximação, ou não, com os objetivos específicos da pesquisa. A análise do conjunto das falas de cada grupo orientou a denominação deste, sendo sintetizada em um título.

Os comentários e reflexões sobre o conteúdo de cada grupo de falas foram realizados, finalizando o processo de análise. A interpretação se deu de acordo com o referencial teórico adotado, bem como os comentários advindos das reflexões do próprio pesquisador.

### *7.5 Considerações Éticas*

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFAL, parecer nº 2.857.862. Atendendo aos critérios éticos, o anexo deste trabalho contém o termo de autorização do gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió para realizar a investigação.

Os participantes assinaram o TCLE, após serem informados sobre a importância e o conteúdo da pesquisa. Também que poderiam desistir, a qualquer momento, e que suas identidades seriam mantidas em sigilo e preservadas.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos resultados obtidos foram organizados em nove categorias, que revelam os significados atribuídos pelos médicos entrevistados sobre a MP e seus agentes.

### 8.1 *Perfil dos Entrevistados: trajetória profissional e experiência na Atenção Básica*

Os médicos entrevistados trabalham na ESF do município de Maceió. Em bairros e distritos sanitários diferentes, todos na periferia da cidade, as unidades possuem apenas ESF. Cada equipe da ESF é responsável, em média, por três mil pessoas.

Entre os entrevistados, o mais recente tem 2 (dois) anos e o mais antigo tem 22 (vinte e dois) anos de atuação na ESF. Sendo que o tempo de atuação na mesma UBS varia entre 2 (dois) anos e 19 (dezenove) anos. As experiências são diversas: alguns atuaram no interior antes de entrar na ESF, um estudou fora do país, nenhum tinha Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade - MFC. A maioria não possui formação específica na área de MFC. Eles se “tornam” médicos da família e comunidade por passar a trabalhar na ESF, alguns deles após admissão em concurso público; outros devido ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB e ao Programa Mais Médicos - PMM, como meios que possibilitaram ou influenciaram a atuação na ESF, nos últimos anos.

[...] 21 anos, dentro da Estratégia Saúde da Família M1

[...] passei 15 anos trabalhando no interior e depois comecei aqui na capital M2

[...] fiz Residência Médica em Pediatria, 2 anos, em Pediatria Geral [...]retornei, aí eu fui trabalhar na Estratégia Saúde da Família, [...] como médica de família. M3

[...] fiz concurso para o Estado, e fui trabalhar na Unidade Básica de Saúde, e a partir, então [...] a vida toda destinada a Atenção Básica [...] então (1996) eu fiz concurso para Estratégia Saúde de Família, no Município de Maceió, e, até hoje estamos nessa luta M4

[...] sempre quis voltar ao país [...] para exercer a medicina[...]o Mais Médicos, para mim, foi como a porta de entrada [...] Eu to no Programa da Atenção Primária já há dois anos. M5

[...] comecei em 2001 como diretora dessa Unidade [...] e quando comecei a ver, como era o atendimento, eu gostei; então, quando houve o concurso em 2004, eu fiz [...] comecei em 2004, na Equipe Saúde da Família, desde então, até hoje. M6

[...] me formei eu tinha iniciado o Programa Mais Médicos, PROVAB, aqui

no Brasil e procurei me informar, e uma das primeiras opções de quem se forma é buscar o PSF, pela insegurança, pela imaturidade na profissão [...] M7

comecei na Prefeitura no ano 2000 [...] depois de 04 (quatro) anos, eu fui chamada para ser da Unidade Saúde da Família, do Programa [...]M8

A MFC tem potencial transformador no âmbito da prática médica, formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisa (ANDERSON; GUSSO e FILHO, 2005). Na sua complexidade, exige do médico da ESF competência cultural, para lidar com a diversidade e com outras questões culturais da comunidade em que está inserida. De acordo com as normas vigentes, cabe ao médico e a toda equipe da ESF o cuidado continuado e individualizado, considerando todos os aspectos relativos à saúde, coordenando ações de cuidado à saúde, tendo como referência a família e a comunidade (ANDERSON; GUSSO e FILHO, 2005). Entretanto, “o que se apresenta são médicos sem formação específica, que em geral são recém-formados ou especialistas em determinadas áreas que, por necessidade vão desempenhar tarefas para o qual não foram treinados” (FEIX, 1990, p. 15).

Diferentemente de décadas anteriores em que se discutia a terminalidade da formação médica na graduação, no sentido de sua formação generalista, atualmente a residência médica tem sido considerada o “padrão-ouro” para a formação dos médicos de família. Estes podem obter a titulação de especialistas em MFC também por meio de prova de título (aliada à comprovação de experiência de atuação na APS).

Por sua vez, parte desses médicos tem a oportunidade de fazer especialização em saúde da família (não é específica para médicos) e, considerando que no Brasil o número de médicos de família com formação específica não chega a 20% do total de equipes de saúde da família existentes, a maioria dos médicos que atuam nas equipes de saúde de família são, em grande, parte responsáveis pelo perfil dos médicos nesta estratégia. Há que se lembrar, também, que foi assim que o PSF (posteriormente renomeado como ESF) se expandiu no Brasil, desde a metade dos anos 90.

Recentemente, com o PMM, estratégias para formação de médicos de família ganharam maior centralidade em âmbito nacional, ainda que alguns municípios tenham se antecipado a esse movimento (de priorização da formação e/ou contratação de médicos de família com formação específica), como, por exemplo, Florianópolis e Rio de Janeiro. Em tese, um médico de família, com formação específica (especialmente se formado via residência médica), teria mais condições de atuar na APS, considerando os seus atributos essenciais: “Atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção”, bem como os atributos derivados: “centralidade na família, competência cultural e orientação para

comunidade”. (STARFIELD, 2002, p. 482-487)

## 8.2 *Os agentes da MP citados em seus respectivos territórios de atuação*

Os médicos entrevistados reconhecem como agentes da MP: curandeiros, parteiras leigas, mães, xamãs, balconista da farmácia, líderes comunitários, segmentos religiosos de matriz africana e o próprio paciente, quando este se refere ao autocuidado em relação aos problemas com a sua saúde. Os mencionados com mais frequência foram curandeiras, parteiras e líderes religiosos.

[...] curandeiras, as próprias parteiras ... os líderes comunitários. M1

[...] Paciente, Curandeira M2

[...] Mãe, procurar informação na farmácia. M3

[...] Mamãe M4

[...] Xamã que é o curandeiro M5

[...] Curandeiro M6

[...] Terreiro de macumba ...era um senhor muito simpático que era o dono, mas esse terreiro acabou tem uns dois anos ... M6

[...] Parteira leigas, ... curandeiras M6

[...]... com comunidades específicas da parte religiosa M7

[...] Tenho um paciente que é curandeiro, mas ele nunca me explicou... M8

Os entrevistados percebem que a medicina popular é realizada por diferentes profissionais populares de cura (benzedoras, parteiras, curandeiros), assim como por pessoas como o próprio paciente e as ligadas à família (a mãe e os líderes comunitários). Para Oliveira (1985), essas práticas também acontecem em diferentes circunstâncias e espaços: em farmácias e em comunidades específicas, como as religiosas e nos terreiros de macumba. Muito comum ainda, nos dias de hoje, ver pessoas que, por diferentes motivos, quando sentem um incômodo, recorrem ao balconista de farmácia ou a líderes religiosos.

## 8.3 *Interação dos médicos com a medicina popular e com os agentes da medicina popular no território de atuação.*

Dos oito entrevistados, a maioria reconhece que é importante a interação com os agentes

da MP, referem que a própria atuação na AB condiciona essa interação. Os médicos citam que é comum ter contato com a cultura da MP trazida pelos pacientes. Além disso, a interação comunitária facilita a resolução dos problemas de saúde, a qual não seria possível apenas com a intervenção da equipe ESF (VERAS, 1987).

Sim, como a gente trabalha sempre com comunidade, a gente tem que conhecer e criar vínculos M1

Com certeza, é o nosso dia-a-dia, porque, já vem o paciente com essa cultura, muitos já conhecem sobre a medicina popular. [...] a gente só acrescenta, conversa com eles, faz uma adaptação, talvez aquela medicina, aquele conhecimento e a gente coloca nossa prática, nosso dia-a-dia, o que a gente conhece da medicina convencional adaptando [...] M2

Sim. É uma constante [...] entrar em contato, muito, com as experiências populares das pessoas [...] M4

Sim, é a medicina da saúde pública, medicina da atenção básica, ela por si só, ela merece e ela precipita essa integração [...] a gente precisa dessa interação, para poder dar segmento a todas as dificuldades e ao anseio da sociedade, e aí não tem como a gente não ficar afastado dessa tensão popular. [...] o mais corriqueiro da interação é dentro da própria UBS. M7

De acordo com Filho e Kummer (1990), na APS, a MP tem presença bem mais evidente e com grande destaque que, por vezes, vem substituir ou complementar a Medicina Formal. Ao contrário do que afirma a literatura, os entrevistados, em que pese reconhecerem a importância da MP quando perguntados sobre sua interação com os agentes da MP, afirmam ter tido conhecimento, mas não interagiram com esses agentes, em geral apenas ouviram falar deles na comunidade onde atuam como médicos da ESF.

De fato, entre os entrevistados, há aqueles como M6 e M8 que sabem quem são os Agentes da MP, admitem a possibilidade da presença deles em seu território de atuação da ESF, mas não interagem com eles. Assim, eles perdem a oportunidade de, no dizer de Filho e Kummer (1990), trabalhar em conjunto com a MP, visto que esta tem capacidade e abrangência que a Medicina Científica não possui.

Só tenho conhecimento, né, dessas práticas na comunidade [...] mas não trabalham de forma integrativa não. M3

No momento não [...] agora eu já ouvir falar, aqui na área de abrangência, que tem algumas pessoas que utilizam certos tipos de medicina popular, tradicional, [...] M5

Não. Nunca interagi com a medicina popular M6

Ah! Não nunca tive, contato com a medicina popular M8

Alguns dos entrevistados mencionam a importância da interação, mas não explicitam quais são os agentes da MP.

Consideram a cultura do paciente em relação a tratamentos informais, buscando adaptar o conhecimento que o paciente traz consigo e o conhecimento da medicina convencional. Para Loyola (1984), torna-se importante integrar, no plano das práticas, as contribuições das duas medicinas. A interação entre essas medicinas favorece, em algumas situações, a sinergia no tratamento, uma vez que cada uma tem capacidade de abrangência que a outra não possui. Em não acontecendo essa interação possivelmente, perde-se a oportunidade de aproveitar e potencializar a adesão ao cuidado da saúde, podendo este ficar comprometido ou deixar de ter boa resolutividade.

Embora todos os entrevistados estejam atuando em UBS situadas na periferia da cidade (área urbana predominante) e tenham falado sobre a presença da MP nos seus territórios em algum grau, um deles menciona que, nos dias atuais, esses agentes são mais encontrados no interior do Estado (e na zona rural).

[...] estou trabalhando na Capital do Estado, a gente tem, eu, particularmente, tenho menos exemplos dessas pessoas que trabalham com a Medicina Popular. [...] no Município do interior do Estado, [...]a gente tinha isso com maior frequência, essas práticas de Medicina Popular. M1

[...] na Capital a gente enxerga menos isso, vê menos essa prática. M1

Para Loyola (1984, p. 04) “a medicina popular não é um fenômeno limitado unicamente às regiões rurais ou isoladas. Muito pelo contrário ela não só é extensamente praticada pelo meio urbano [...]”. O fato de não ter identificado, nem ter mantido contato com os Agentes da MP possibilita a crença de não existir em seu território de atuação essa prática. Raizeiros, curandeiras, líderes religiosos e balconistas de farmácia sempre há em qualquer redondeza, seja ela urbana ou rural.

O fato de os entrevistados reconhecerem a importância da medicina popular, mas não interagirem com ela nos seus respectivos territórios, nos leva a refletir sobre os motivos dessa situação. Várias possibilidades surgem. Será que há falha no processo de formação profissional? Talvez os profissionais não tiveram a oportunidade, na sua formação, de adquirir, de forma significativa, habilidades para trabalhar com a comunidade. Esse é um importante fator, assim como respeitar as diferentes crenças e concepções sobre saúde e doença. Será que se trata de puro preconceito? Não valorizar o potencial da MP como parceira no cuidado pode dificultar

trabalhos da equipe da ESF.

#### 8.4 Recursos terapêuticos da MP mencionados no contexto do território de atuação

Para Rocha (1987), os recursos da MP mais utilizados na prática são a alimentação, as plantas medicinais, rezas, entre outros. Em consonância com isso, os entrevistados identificam como forma de cuidado com a saúde pela MP: o lambedor caseiro, ervas medicinais, chás de folhas e vegetais – sambacaitá, mertiolate, cana de açúcar, quiabo – e extrato de própolis. Mencionam também intervenções de cura feitas por curandeiros, mães, avós e líderes religiosos.

Para eles, essas terapias são usadas tanto para problemas orgânicos, como para os psicológicos. Além disso, um entrevistado diz que recomenda, às vezes, determinadas substâncias usadas na medicina popular que são eficazes para alguns casos de doença. Ocorre, por parte do profissional médico, de querer indicar algum recurso terapêutico da MP na sua prática médica, sendo que, muitas vezes, recomendam sem conhecimento profundo sobre a utilização desses remédios.

[...] tem muito ainda, na cultura popular, o uso do lambedor caseiro, por exemplo, no tratamento das infecções respiratórias agudas nas crianças [...]. M1

eu soube, em uma das palestras educativas, com o grupo dos hipertensos e diabéticos, que o chá da folha da cana era bom para o diabetes[...]. M1

[...] tem muitos exemplos: tipo lambedor, que eles conhecem, sambacaitá [...] eles usam essas coisas, a gente tende adaptar essas coisas. M2

[...] utilização de plantas medicinais, o pessoal fala muito na importância dos chás [...]. M4

utilização de plantas medicinais. M4

certos tipos de plantas que eles utilizam, mas particularmente eu não uso. M5

[...] hoje em dia, muita gente, né, com problema psíquico, né, muita gente depressiva; [...] acho, realmente, que as igrejas ajudam. M6

[...] com chá de quiabo, ai ele disse [...] que foi do das dores [...]. M8

[...] extrato de própolis que é bom para inflamação, sempre às vezes eu passo, para os pacientes; em vez de anti-inflamatório, que eu não gosto. M8

Em todas as práticas médicas, os recursos terapêuticos decorrem inevitavelmente da concepção que se tenha a respeito do processo saúde-doença (ROCHA, 1987). As substâncias e ervas e procedimentos utilizados por agentes informais, refletem a compreensão deste sobre



o processo saúde- doença, de acordo com a cultura onde eles estão inseridos. Nesse sentido, é que não há, muitas vezes, compreensão por parte do profissional médico da utilização dos recursos empregados pelos agentes, pois essas ações implementadas por eles estão relacionadas com o modo de ver, sentir, de uma cultura que influencia o que é compreendido e considerado confiável pela população.

Entre os entrevistados, há quem confunda, explicitamente, a MP com as Práticas Integrativas e Complementares, conforme a fala a seguir:

[..] ontem mesmo teve um grupo de extensão da universidade [...] que eles trabalham com auriculoterapia, com reike e com outras práticas da medicina.  
M5

Segundo Metcalf (2004), no Brasil há três setores, bastantes visíveis, de cuidado na saúde: o sistema formal da medicina (Medicina Científica), o sistema informal da medicina (MP) e as Medicinas Alternativas e Complementares (chamadas de Práticas Integrativas e Complementares), a exemplo de auriculoterapia e reike. A diferença entre a dimensão informal e das medicinas alternativas e complementares é sutil, o que leva a alocar os “especialistas” populares junto as Medicinas Alternativas e Complementares como faz a OMS (TESSER, 2010). É perceptível, nas respostas dos entrevistados desta pesquisa, a dificuldade em diferenciar a MP com as Práticas Integrativas e Complementares.

### 8.5 *Experiência com a MP no contexto pessoal/familiar dos médicos*

Quando questionados sobre experiências com a MP nas suas vidas pessoais e familiares, alguns não lembravam, acreditavam ter tido na infância. Outros referiram ser prática da família aprenderam com as mães o uso de chás e a procurar ajuda com os agentes da MP, como, por exemplo, curandeiros e benzedeadas.

Fazem relatos de experiências exitosas com o uso da MP em parentes e com eles próprios.

sobretudo na família [...] especificamente do meu pai, que tem por hábito, usar uma planta que diz o nome, de, inclusive de mertiolate[...] para cicatrização das lesões cutâneas, M1.

[...] Talvez, sim [...] acredito que sim quando criança, naquela época. Mas eu acredito que sim com certeza, olha voltando ao tempo, porque naquela época quando ainda criança, mãe acreditava nisso, mãe dizia que tomar vento, aí levava a curandeadas, é a realidade: olhado, vento caído, [...] adulto, já toma lambedor. M2

Sim, já. [...] é até mesmo cultural, de família [...] você aprende com sua mãe, usos dos chás, lambedores, M3

Sim, é, mamãe tem muito dessa coisa de da utilização de plantas medicinais, então em muitos momentos, quando a gente é acometido de algum, de um processo gripal, mamãe diz: não use isso, vamos usar um chá M4

Na minha vida pessoal, inclusive, uma vez, foi usada comigo. Eu estava com uma dor lombar baixa, muito grande, [...] Então, a avó da minha esposa, catou umas folhas, não sei que tipo de planta era, catou as folhas, molhou e colocou nas minhas costas[...] M5

[...] minha mãe me levava ao curandeiro [...] com aquele galhinho de planta, M6

Eu acredito que não, assim, se foi de forma passiva e não de forma ativa M7

Não. Não, não. [...] sei que meu irmão foi pro curandeiro, e segundo eles era um espírito, né, não sei se era a mesma coisa, e, ficou bom. M8

Embora os relatos não sejam homogêneos quanto às lembranças a respeito de experiências vivenciadas, a MP está incorporada aos costumes, tradições e ao nosso dia a dia. Ela acontece conosco, com os vizinhos e parentes, na casa dos amigos e na nossa comunidade. Não percebemos, apesar de sua presença, a sua importância entre nós (OLIVEIRA, 1985). Isso evidencia que, por um lado, a MP, mesmo existindo no passado e, por vezes, no cotidiano dos médicos, padece de uma certa invisibilidade (até certo ponto independentemente de serem médicos), mas essa invisibilidade provavelmente sofre reforço também da visão que a medicina hegemônica tem sobre outras racionalidades médicas.

#### 8.6 *Saber e crença na MP segundo os médicos*

Alguns médicos entrevistados acreditam que a fé na MP é importante para a cura, em especial nas queixas psicológicas. O tratamento dessas doenças são os que apresentam melhores resultados e, muitas vezes, a medicina formal não consegue ter resultados com seus tratamentos (FILHO e KUMMER, 1990). Sendo assim, a procura por esses agentes acontece mais nessa situação de transtorno psicológico e nas enfermidades crônicas.

As crenças são revestidas de rituais, assim como no dizer de Rocha (1987, p. 53): “As ritualidades cercam a prática da medicina, e não são poucos os médicos que se sentem pouco à vontade para trabalhar sem os seus ‘paramentos brancos’. Isto é, as crenças estão presentes em quase todos os segmentos da nossa população, uma vez que essa tem grande tradição mágico-religiosa.

“A cultura também é capaz de provocar curas de doenças, reais ou imaginárias. Estas

curas ocorrem quando existe a fé do doente na eficácia do remédio ou no poder dos agentes culturais.” (LARAIA, 2017, p. 77) Em consonância com a literatura citada, as falas a seguir mostram que a crença é um fator presente para a cura de problemas biológicos e psicológicos.

[...] tem muito, também, do psicológico, acreditar naquela medicina, acreditar na benzedeira, naquela curandeira. [...] M2

Se ele acredita, [...] não interfere tanto [...] M3

E, eu acho que o ser humano por ser um ser complexo, não é somente um ser espiritual, têm muitas enfermidades, têm muitas doenças que vêm da psique do ser humano, e com esse tipo de prática, às vezes a gente não consegue resolver com remédios, e com esse tipo de prática, a gente já observou, já tive oportunidade de observar que o paciente tem uma resposta positiva na melhora, então, eu considero que sim [...] M5

[...] Eles têm muita fé. Acho que, nesse sentido, a fé que eles têm ajuda.M6

[...] meus pais levaram meu irmão para um curandeiro [...] ele ficou bom. M8

Citam, ainda, a contribuição das plantas advindas da MP, utilizadas pela farmacologia moderna. Acreditam na eficácia de fitoterápicos. Alguns validam o uso de plantas pela MP, a partir das confirmações já feitas, *a posteriori*, pela farmacologia. O conhecimento é também uma construção cultural, o empirismo advindo da sabedoria popular, em algumas situações, pode contribuir para o tratamento. (OLIVEIRA, 1985)

O Agente da MP veicula uma visão de saúde e de doença próxima a visão da população que ele atende – “fala-lhes com palavras que não lhe são alheias” (ROCHA, 1987, p. 43). Isso é muito importante, porque, em geral, a comunicação entre a pessoa e o terapeuta ocorre de acordo com o modelo de doença que cada um compreende e aprende, e geralmente há diferença entre estes, podendo levar a erros ou dissonâncias na comunicação, na compreensão do que está sendo passado.

Existe muitos desses tipos de medicina, de remédios caseiros, que realmente funciona, são remédios tradicionais, que vem passando de cultura e cultura, que realmente funciona. [...] a farmacologia hoje em dia, vem das plantas, ou seja, então, realmente eu creio que sim, que pode ser complementada. M5

Freeman (2018, p. 464) refere que “alguns medicamentos e práticas modernas tiveram sua origem na sabedoria popular; por exemplo: vacina contra varíola, quinino, digitálico, entre outros”.

Alguns dizem ser céticos, mas não sabem explicar os resultados positivos nos tratamentos por esta medicina.

eu tava um pouco cético [...] mas depois de meia hora a dor sumiu, eu não sei se foi um efeito placebo, não se foi realmente um efeito que funcionou a planta. M5

Importante destacar que o efeito placebo, como se pôde ver na fala anterior, foi cogitado, buscando uma analogia entre o pensamento científico e o pensamento mítico. Campos afirma que:

Todos dependem da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado. O que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico em que é exercida (CAMPOS, 2012, p. 194).

Nesse sentido, a fé, para a MP, deve ser entendida como algo firme, a segurança de acreditar em alguma coisa, mesmo que não seja bem compreendida pelo resultado de muitas observações e confirmações (ROCHA, 1987). A crença do paciente frente ao tratamento depende da concepção que ele tenha a respeito do processo saúde doença, sendo importante essa relação de confiança com o modelo praticado.

[...] às vezes não vai ao médico e prefere se tratar com o curandeiro [...]. M5

[...] quando criança [...] minha mãe me levava ao curandeiro [...] com aquele galhinho de planta. M6

mãe [...] levava a curandeira, é a realidade: olhado, vento caído, [...] adulto, já toma lambedor. M2

mamãe diz: não use isso, vamos usar um chá [...]. M4

Há uma diversidade de formas de procura de cuidados pelas pessoas, podendo variar em um mesmo indivíduo e de episódio de doença a outro. A procura de cuidados se relaciona tanto as atitudes, os valores e a ideologia quanto pelo tipo de doença, acesso econômico e a disponibilidade de tecnologia (MASSER, apud GERHARDT, 2006). É importante reconhecer que há, nas comunidades, crenças em outras formas de cuidado à saúde, oriundas de cada cultura, como a cultura popular.

### 8.7 *Parceria potencial entre Medicina da ESF e a MP*

Quando questionados a respeito das possibilidades e potencialidades de parceria entre a Medicina Saúde de Família e a MP, a maioria dos médicos sinaliza positivamente, em termos de integração para as dimensões formais – medicina de família – e informais – MP – para o cuidado à saúde. Os principais tipos/modos/formas de parceria mencionados pelos médicos

foram: intercâmbio, parceria para conciliar, fortalecer, respeitar o outro, estreitar relações, ter relação de paridade e trocar ideias.

Nenhum dos entrevistados menciona a possibilidade da participação, pelos agentes da MP, em ações comunitárias, tais como: colaboração para o diagnóstico de saúde do território, reconhecimento de problemas e definição de prioridades no território onde atua a equipe, ou seja, participar de todo o planejamento das atividades relacionadas à saúde. No entanto, a maioria considera uma possível parceria com ênfase na assistência ao paciente.

[...] deve sim, haver esse intercâmbio [...]a gente deve trabalhar junto [...] a gente deve fazer orientações de casos, a gente esteja atento que tá havendo alguma distorção do uso de alguma substância [...]inclusive ter conhecimento[...] M1

Eu acho que a gente tem que usar como parceiros, ter parceria, se a gente tiver alguma comunidade que tenha alguém muito influente, algum agente desse da medicina popular, muito influente com a comunidade, a gente tem que ter como parceiro, para juntos conciliar as duas medicinas para curar o paciente; M2

E conciliar essa ciência deles para a cura.M2

Acho que você tem que respeitar a cultura [...] entender, respeitar, aprender também. [...] que tem que ter parceiros, baseados na questão científica de pesquisa [...] M3

[...] considero que a gente devia ter uma relação mais estreita [...] mas acho que o dia a dia termina sufocando a gente e a gente fazendo uma prática mais centrada nos medicamentos mais tradicionais da medicina. M4

[...] importante é que você t raz? uma discussão bastante interessante. Apesar da gente na Estratégia de Saúde na Família tá levantando essas questões [...] a gente termina não estimulando a necessidade de a gente fortalecer mais a medicina popular ou aprender um pouco com o ensinamento, que essas pessoas têm M4.

[...] a farmacologia hoje em dia, vem das plantas, ou seja, então, realmente eu creio que sim, que pode ser complementada. M5

[...] Como eles têm uma penetração na comunidade [...] poderia passar algumas medidas preventivas, para eles lá nas suas palestras, nos seus cultos, transmitirem para população, acho que dentro dessa forma, eles ajudaram bastante.M6

Uma relação de paridade, uma relação de igualdade [...] o médico é apenas um dos tantos outros sistemas e tanto outros pares que forma esse sistema. M7

Sim. Como eu falei, é, a gente um médico, é apenas um desse tanto, desse elo, dessa cadeia [...] saúde precisa dessa união, dessa integração [...] Essa união é feita de troca de experiências, de troca de conhecimentos e como a gente tá do

lado deles, é, a gente sempre está recebendo e passando informações, numa tentativa de melhorar o seu conhecimento e melhorar a situação da população.M7

Deveria ter trocas de ideia, assim, com relação assim a chás [...] M8

Chama a atenção o fato de que ora essa articulação aparece em tom de parceria com certa igualdade entre a MP e Medicina da ESF, ora com uma certa instrumentalização da MP pela Medicina da ESF. Talvez por isso é que Filho e Kummer (1990, p. 47) afirmam: “deve-se evitar o conflito, tão enfatizado entre a Medicina Tradicional e a Científica”. A relação MP e Medicina da ESF poderia ser mediada pelo respeito ao conhecimento tradicional, buscando um trabalho integrado e cooperativo entre as duas dimensões, da medicina formal e informal na APS, possibilitando, assim, a sinergia para o cuidado à saúde da comunidade.

#### 8.8 *Acompanhamento e atuação dos médicos junto às práticas de MP com seus pacientes*

Os entrevistados indicam a necessidade de se estabelecer um certo controle sobre as práticas da MP, fazendo orientações, estando atentos para não haver distorções no uso dessas práticas. Procuram cotejar as informações da MP com as das pesquisas científicas, conciliando os conhecimentos entre a Medicina da ESF e MP.

[...] a gente deve fazer orientações de casos, a gente esteja atento que tá havendo alguma distorção do uso de alguma substância [...]inclusive ter conhecimento[...]eu soube, em uma das palestras educativas, com o grupo dos hipertensos e diabéticos, que o chá da folha da cana era bom para o diabetes[...]fui procurar pesquisa científica a respeito disso e descobrir que existia[...]. M1

[...] incluir a participação, desse pessoal da medicina popular, através de instrumentos de conhecimento melhorar essas práticas, para a população. M2

[...] dando algumas orientações, assim, para que serve isso, pra que serve aquilo, assim porque tem paciente usa alguma coisa assim. M8

[...] Ai seria interessante, né, uma reunião, uma para discutir isso, para por em prática assim, para ensinar aos pacientes. M8

Para Vasconcelos (1987), a postura do profissional da saúde, em relação à MP deve ser de diálogo, saber ouvir, procurar aprender, respeitar os atos exercidos que não possam ser compreendidos, mas, também, de dizer aquilo que sabe, de criticar atitudes daquilo que vê estarem erradas. Assim, o ideal seria que a atuação dos médicos, junto às práticas de MP com seus pacientes, fosse de diálogo, de compreensão e respeito, por vezes fazendo interpelações caso necessárias.

Em algum momento, a imposição do conhecimento científico sobre o popular manifesta na seguinte fala:

No treinamento de prevenção a diarreia [...] a instrutora médica não deixava as curandeiras fazer as curas delas, mas ensinava fazer o soro, esse tipo de orientação. M6

Para haver o diálogo, é necessário que a equipe ESF procure, em suas ações, evitar preconceitos, respeitando “todas as crenças e concepções de corpo e saúde, procurando verificar apenas se nelas existem o que realmente seja prejudicial aos indivíduos e a comunidade” (COSTA, 2009, p. 154). Em sua atuação, o médico deve procurar respeitar e relativizar a compreensão de mundo que a MP possui.

### 8.9 *Incorporação de práticas da MP por médicos da ESF*

Parte dos entrevistados menciona que utiliza e incentiva o uso de ervas e de tratamentos da MP, principalmente em algumas doenças em crianças com quadros virais.

[...] algumas ervas e inclusive distribuía essas ervas para comunidade, incentivando o uso de algumas. [...]. M1

[...] as crianças, porque elas gripam muito, não é necessário antibiótico, não é pneumonia, é gripe, são quadros virais e eles poderiam ensinar o lambedor, ensina para mãe fazer o lambedor, o chá. M2

Não fica claro, no entanto, como os médicos consideram a posologia e formas de preparo, como orientam os pacientes nesse sentido e se orientam com detalhes. É possível encontrar profissionais da saúde prescrevendo remédios caseiros, exercendo, talvez, uma MP de “baixa qualidade”, pois esta tem suas particularidades, e seu aprendizado vem da tradição, além de ser uma sabedoria popular “para enfrentar com autonomia os seus problemas” (VASCONCELOS, 1987, p. 173).

O conhecimento da MP é um conhecimento cultural e empírico – baseado na experiência e na observação. Vem sendo construído há vários séculos, transmitido de geração a geração e, portanto, seu aprendizado não requer formação institucionalizada. Há um ritual de procedimentos próprios, oriundos da própria cultura onde a MP está inserida.

As concepções de saúde e doença apresentam diferenças para médicos e agentes da MP, implicando práticas distintas em suas condutas. O conhecimento da MP é produto da cultura popular, enquanto, que a medicina formal resulta do saber científico.

Para Filho e Kummer (1990), faz-se necessário saber distinguir e conhecer as condutas

da MP, para evitar possíveis efeitos que possam se alterar devido ao desconhecimento do uso de plantas ou outras substâncias, desde a coleta, como conservar, preparar, a posologia de ervas, e prováveis indicações terapêuticas. “O objetivo desse processo é qualificar a própria prática da MP e não a rebaixar ou explorá-la como fonte de informação (FILHO e KUMMER, 1990, p. 47).

É também importante identificar os remédios da MP potencialmente perigosos, os que não causam danos à saúde e aqueles que apresentam eficácia comprovada, evitando exercer a medicina de chás e remédios caseiros por modismo (VASCONCELOS, 1987).

Assim, é importante procurar conhecer melhor as práticas da MP, como medida de proteção à saúde, qualificando-a e potencializando bons resultados, quando os recursos terapêuticos forem bem indicados.

Em síntese, pode-se ver, a partir das falas dos médicos entrevistados que: os principais agentes da MP para eles são as parteiras leigas, curandeiros(as), as mães, xamãs, balconistas de farmácia, líderes comunitários e segmentos religiosos de matriz africana e o próprio paciente quando faz o autocuidado; a interação com tais agentes é baixa ou mesmo inexistente; a MP está presente nas suas histórias pessoais e familiares pregressas; eles, por vezes, prescrevem recursos terapêuticos da MP; para os médicos pode ser difícil diferenciar MP de PIC; a maioria dos médicos acredita ser importante existir parceria com a MP e que esta visão às vezes co-existe com uma certa instrumentalização da MP pela medicina oficial, controlando-a.



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender a percepção de médicos da Estratégia de Saúde da Família, a respeito da MP e seus agentes, no contexto da Atenção Básica à Saúde. A realização desta pesquisa se justifica devido à importância e interesse pelo tema e pela minha vivência como médico da ESF e supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Aprofundar meus conhecimentos a respeito do sistema de saúde brasileiro e sobre o pensamento de médicos integrantes de equipes de ESF do município de Maceió poderia auxiliar a identificar possíveis dificuldades que estes encontram em seus territórios e a mostrar a necessidade da existência de políticas públicas que auxiliem os profissionais médicos que atuam na ESF a interagirem com os agentes da MP.

Os resultados deste estudo, produzido a partir de entrevistas com médicos da ESF em Maceió-AL, foram sistematizados em nove categorias que revelam os significados atribuídos pelos médicos entrevistados sobre a MP e seus agentes, identificam possíveis dificuldades e possibilidades nas relações entre médicos e agentes da MP e apresentam algumas vivências dos médicos da ESF com esses agentes. Mostram, também, que os médicos entrevistados da ESF reconhecem a existência das práticas e os agentes da MP, mas não estabelecem nenhum tipo de parceria com eles. Vislumbrando que poderia acontecer no campo das ações curativas.

Os médicos participantes da pesquisa não conseguem explicar de que maneira podem estabelecer uma possível parceria com a MP. Alguns deles demonstraram ter dificuldades em fazer a diferença entre a MP e as PICs.

A maioria dos entrevistados, apesar de concordarem com a possibilidade de estabelecer uma interação com os Agentes da MP, sinalizaram que os médicos da ESF devem exercer controle sobre os agentes da MP, nas parcerias.

Esses resultados indicam a necessidade de maior investimento na formação e na educação permanente dos médicos que atuam na ESF, particularmente no que se refere ao atributo da competência cultural.

Por se tratar de um assunto pouco pesquisado, são necessários mais estudos que possam acrescentar mais conhecimentos sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

ÁGUILA, Hermana; MÁRQUEZ, Ada Luz. Disse a anciã curandeira da alma. **Revista Pazes**, 05 jan. 2018. Psicologia e Comportamento, site da internet. Disponível em: [revistapazes.com/disse-ancia-curandeira-da-alma](http://revistapazes.com/disse-ancia-curandeira-da-alma). Acesso em: 03 nov. 2018.

ALBUQUERQUE NP, CAMPOLINA GF. Lidando com a incerteza na prática clínica. *In*: AUGUSTO D.K.; UMPIERRE R. N., (Org.). **PROMEF**: Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed/Panamericana;2014. P. 35-72. (Sistema de Educação Continuada a Distancia, v. 1).

ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2016.

ANDRADE, H. S.; BRAGONETE, I. A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO. **Revista Saúde em Debate**. v. 42, n. especial 1. Rio de Janeiro, 2018, ISSNO 103-1104.

ANDERSON, M.I.P., GUSSO, G.; FILHO, E.D.C. Medicina de Família e Comunidade: Especialistas em Integralidade. **Revista de Atenção Primária à Saúde**,v. 8, n. 1, p. 61-67, jan./jun. 2005.

AUGUSTO, R. U. A lei dos cuidados inversos e a prática clínica do médico de família e a comunidade. *In*: AUGUSTO, D.K.; UMPIERRE, R.N. (Org.) **PROMEF**: Programa de Atualização em Medicina da Família e Comunidade: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2012.

BARROS, N.F. A Construção de Novos Paradigmas na Medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. *In*: CANESQUI, A.M. (org). **Ciências Sociais para o ensino médico**. Sao Paulo: HUCITEC, 2000.

BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina da família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. P. 134 (Série B. Textos básicos de saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Estabelecendo Revisão de Diretrizes para organização da Atenção Básica no SUS. Disponível em: <http://www.conasems.org.br>. Acesso em: 02 maio 2018.

CAMPANA, Álvaro Oscar et al. **Investigação Científica na Área Médica**. São Paulo: Manole, 2001.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Rev. APS**, v. 8, n. 2, p. 181-190, dez. 2005.

CARVALHO, A.M.V. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente. *In*: PELIZZOLI, et al. **Saúde um novo paradigma**: alternativas ao modelo de doença. Recife: Ed.Universitária da UFPE, 2011.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADO PRIMÁRIO DE SAÚDE. **Alma Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1976. Relatório Conjunto do Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde e do Diretor executivo do fundo das Nações Unidas para a Infância, Alma Ata, OMS, 1978.

COSTA, E.M.A. da, et al. Agente Informais de Saúde. *In*: \_\_\_\_\_. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

DANTAS, Flávio. **O que é homeopatia**. 4. ed. Brasília: Brasiliense, 1989.

FEIX, R. Atenção Primária à Saúde: conceito, implantação e tendências. *In*: DUCAN, B.B et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FERREIRA, F.A. G. **Moderna Saúde Pública**. I v. 5. ed. Lisboa: Fundação Calustre Gulbenkias, 1982.

FOUCAULT, M. **Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina**. Verve 18, 2010 indd, p. 167-194.

FILHO, A.A., De N. e KUMMER, S. C. A Medicina na Perspectiva de Atenção Primária à Saúde. *In*: DUCAN, B.B et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FLICK, Uwe; **Introdução à metodologia da pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013.

FRANCO, T. J; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In*: MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

FREEMAN, T.R. **Manual de Medicina de Família e Comunidade de Mcwhinney**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GERHARDT, T.E. Itinerários Terapêuticos em Situações de Pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena M. Atenção Primária a Saúde. *In*: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de V. C. NORONHO, José C de; CARVALHO, Antonio de. (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2. ed. rev. e ampl., 2014. P. 493. (Capítulo 16)

JOSÉ, F.R. **Educação e Formação Médicas: novos paradigmas**. Programa de Atualização em Clínica Médica (PROCLIM). Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2004.

KNAUTH, D.R; OLIVEIRA, F.A. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. *In*: DUCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LANGDON, E. J.; WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicada às ciências da saúde. **Revista Latino-Am.Enfermagem**, mai/jun, 2010. Disponível em: <http://www.enp.usp.br/rlae>. Acesso em: 03 de nov.2018.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 28 Reimpressão. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e Curandeiros: Conflito social e saúde**. São Paulo: DIFEL, 1984.

\_\_\_\_\_. Maria Andréa. **A medicina popular**. *In*: GUIMARÃES Reinaldo. Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

LOPES, J.M.C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. *In*: GUSSO, G; LOPES, J.M.C (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. v. 1, Porto Alegre: Artmed, 2012.

MEIRA, Afonso Renato; CRISTÓFORO, M C. O médico na comunidade: a subcultura médica. *In*: MARLET, José Maria. **Saúde da comunidade: temas da medicina preventiva e social**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1981.

METCALF, E.B. et al. A Medicina Tradicional, Alternativa e Complementar. *In*: DUCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M.C.S et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis,Rj: Editora Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. Contribuições da Antropologia Social para Pensar Saúde. *In*: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2016.

MORIN, M.L. Psicossomática e Espiritualidade. *In*: DUMAS, M. et al. **A Psicossomática: quando o corpo fala ao espírito**. São Paulo: Loyola, 2004.

NETO, F.L.; SANTANA, C.L.A.; WANG, Y.P. Dor e Cultura. *In*: FIGUEIRO, J.A.B. et al. **Dor e Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

NOVA, S.N. **Introdução à Sociologia**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2012.

OKAY, Y. Atenção Integral à Saúde do Ser Humano. *In*: GRISI, S. et al. **Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI**. São Paulo: Organização Panamericana de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O que é medicina popular**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

PINHEIRO, Roseni; Engel, Tatiana; Asensi, Felipe Dutra. **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do conhecimento**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, ABRASCO, 2008.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOAS. **Plano municipal de saúde, 2018-2021**. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br> Acesso em: 18 set. 2018.

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2005.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO. Contribuição para uma Agenda Política Estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Revista Saúde em Debate**. v. 42, n. especial 1. Rio de Janeiro, 2018, ISSN 103-1104.

ROCHA, Jorge Moreira. **Como se faz medicina popular**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

SAMPAIO, et. al. Atenção Primária à Saúde no Brasil. *In*: GUSSO, G. e LOPES, J.M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. v. 1, cap. 4. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, Wilson et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS entre jogadores juniores. **Rev Saúde Pública**; v. 36, supl. 4, p. 68-75, 2002.

SIMONI, Carmen de; BARROS, Nelson Felipe de; TRAJANO, Marcos. **Medicina Alternativas a Práticas Integrativas**: da História a um desafio Histórico. PROMEF Programa de atualização em Medicina de Família e Comunidade. Ciclo 5 Modulo 4, Art Med/Panamericana, Porto Alegre 2011. p. 9-34.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Prova de Títulos de Especialistas e Residência Médica**. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br>. Acesso em 5 novembro 2018.

SOUZA, N.O.; COLETTI, Y.C. **Legislação do SUS**: esquematizada e comentada. Salvador: SANAR, 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.726.

TAKEDA, Silvia. A organização de serviços de Atenção Primária a Saúde. *In*: DUCAN, Bruce B., SCHMIDT, Maria Inês. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TARGA, L.V.; OLIVEIRA, F.A. Cultura, Saúde e o Médico de Família. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J.M. (org). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. v. 1. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TELLES, M. L.S. **Sociologia para Jovens: iniciação à Sociologia**. 6. ed. Petrópolis, Rj: Editora Vozes, 1999.

TESSER, Charles Dolcante (Org). **Medicinas Complementares: o que é necessário saber**. São Paulo: Unesp, 2010.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo, 1987, Parte III, p. 117.

VERAS, Maria de Fátima. Atenção Primária em Saúde. *In*: ROUQUEYROL, Maria Zélia et al. **Epidemiologia & Saúde**. 2. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1987.

YAARI, Michael; ROMANS, Angelomar C. Práticas Integrativas. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; (Org). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.



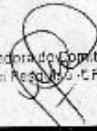
## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados do entrevistado (idade, sexo, tempo de atuação na ESF e outros)

- 1 – Conte um pouco da sua trajetória de atuação na Atenção Básica.
- 2 - O que você conhece, ou sabe, sobre a medicina popular?
- 3 – Na sua experiência profissional, já interagiu ou interage com a medicina popular? Poderia comentar?
- 4 - Na sua vida pessoal ou familiar, já aconteceu interação com a medicina popular?
- 5 – Como você acredita que deva ser a relação entre o médico da ESF e os agentes da medicina popular?
- 6 – Você gostaria de comentar algo sobre a medicina popular que eu não perguntei?

## ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

|  |  |   |
|--|--|---|
|   | <p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS</b><br/>         Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos<br/>         Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, S/N<br/>         Cep: 57072-970, Cidade Universitária - Maceió-AL<br/>         comitedeetica.ufal@gmail.com - Tel: 3214-1041</p> |    |
| <b>CARTA DE APROVAÇÃO</b>  |  |   |
| Senhoras(es) Pesquisadoras(es),  |  | Maceió-AL, 16/08/2018   |
| GERALDO MARIO DE CARVALHO CARDOSO  |  |   |
| <p>O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de <b>09/08/2018</b> e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo <b>CAAE nº 93940718.1.0000.5013</b>, sob o título <b>Percepção de Médicos da Estratégia Saúde da Família -ESF sobre os agentes da Medicina Popular</b>, comunica a <b>APROVAÇÃO</b> do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.</p> |  |   |
| <p>O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).</p>   |  |   |
| <p>É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.</p>  |  |   |
| <p>Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item V.2 e).</p>   |  |   |
| <p>Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.</p>   |  |   |
| <p>Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas. Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.</p>   |  |   |
| <p>(*) Áreas temáticas especiais</p>   |  |   |
| Válido até: <b>FEVEREIRO</b> de 2021.  |  | <br>Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP |



## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO MOTIVADA PARA PROJETO DE PESQUISA

ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ  
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE



## AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

|             |   |
|-------------|---|
| PROCESSO Nº | 5800 41597 2018 MINUTA 27                           |
| INTERESSADO | Geraldo Mario de Carvalho Cardoso                   |
| ASSUNTO     | Solicitação de autorização para projeto de pesquisa |

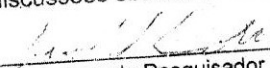
Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 15/05/2018

- Autoriza-se Geraldo Mário de Carvalho Cardoso a pesquisa intitulada: "Percepção de médicos da estratégia de saúde da família sobre os agentes da medicina popular". Tendo como instituição proponente a Fundação Osvaldo Cruz.
- A pesquisa será realizada com médicos das equipes de ESF em Maceió-AL. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo o pesquisador que apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.


Edivaldo Neiva Pires  
Secretário Municipal de Saúde de Maceió

Edivaldo Neiva Pires  
Secretário Municipal de Saúde  
SMS/Maceió

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho

  
Assinatura do Pesquisador (a)

Rua Dias Cabral, nº569, Sala 407, Centro, CEP 57020-250  
Maceió/AL. Fone: (082)3315-5185  
[www.maceio.al.gov.br/sms/](http://www.maceio.al.gov.br/sms/)

  
CÓPIA  
GAB-SMS

## ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **Percepção de Médicos da Estratégia Saúde da Família - ESF sobre os agentes da Medicina Popular**, dos pesquisadores **Geraldo Mário de Carvalho Cardoso e Eduardo Alves Melo**. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a verificar a percepção dos médicos da Estratégia Saúde da Família sobre os agentes da Medicina Popular.
2. A importância deste estudo é a de poder contribuir para a compreensão do papel dos agentes da medicina popular, para o fortalecimento das equipes da ESF na elaboração das ações de saúde, repercutindo na efetividade das ações na unidade Básica de Saúde - UBS.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: frente a verificação que será feita a partir da percepção dos médicos da ESF espera-se que as equipes de saúde da ESF sejam mais eficazes em suas ações, trazendo novos elementos para reflexão e melhoria para a atuação prática.
4. A coleta de dados começará em setembro 2018 e terminará em novembro de 2018.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: após aprovação do CEP, dar-se-á início à pesquisa, esta será realizada nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, do município de Maceió, onde há equipes de Estratégia Saúde da Família, os sujeitos serão médicos que participam da equipe da ESF, estes serão entrevistados após receberem as devidas explicações pertinentes à pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: 1º o pesquisador entrará em contato, para agendar a entrevista com os sujeitos do estudo; 2º informará que esta entrevista será gravada com o auxílio de gravador tipo MP3 em seguida será transcrita em sua íntegra para facilitar a análise; fará a coleta de dados através de uma entrevista semi-estruturada, e para execução desta irá utilizar um roteiro com o intuito de nortear sua fala para fins de melhor descrição das informações pertinentes à pesquisa; 3º o entrevistado será informado também, de sua liberdade em se recusar a participar do estudo, bem como de retirar seu consentimento a qualquer momento e se negar a responder qualquer pergunta na qual se sintam constrangidos.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: Os riscos incluem a divulgação dos dados pessoais dos sujeitos, o que não ocorrerá, pois os sujeitos serão designados por cognomes quando necessário, assim como, algum dano psíquico, considerando como risco mínimo, que poderá ser gerado, a partir do momento em que você sentir-se constrangido ao responder o instrumento da pesquisa. Para sanar tal situação, o sujeito será informado que a qualquer momento poderá desistir da pesquisa, mantendo assim seu conforto e sua autonomia.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: de forma direta para o participante a reflexão provocada pelos questionamentos, contribuirá para a inclusão dos agentes da medicina popular nas ações de saúde, potencializando o seu trabalho. Para a sociedade o estudo acarretará uma melhor eficácia das ações de saúde no território de abrangência da ESF.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: esclarecimento frente as dúvidas que possam surgir no decorrer da pesquisa, sendo responsável(is) por ela: o pesquisador responsável pelo projeto Geraldo Mário de Carvalho Cardoso.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu ..... tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, Maceió-AL

Complemento:

Cidade/CEP: 57072-900

Telefone: (82) 9-8807-4084

Ponto de referência: Por trás da Reitoria da UFAL

**Contato de urgência:** Geraldo Mário de Carvalho Cardoso

Endereço: Loteamento Jardim Petrópolis 2 - E

Complemento: Quadra B8 Lote 6, s/n, Santa Amélia Cidade/CEP: Maceió/57062-640

Telefone: (82)99981-6419

Ponto de referência: Posto de Gasolina BR Santa Amélia

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), térreo, ao lado do Sintufal,

Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de ..... de 2018 .

|  |  |
|--|--|
|  |  |
| Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas | Geraldo Mário de Carvalho Cardoso<br>Mestrando-pesquisador |