

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

MICHELLE DA SILVA DE ARAÚJO

RECOMENDAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS E
COMPLEMENTARES POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DO RECIFE – PE

RECIFE

2013

MICHELLE DA SILVA DE ARAÚJO

RECOMENDAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS E
COMPLEMENTARES POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DO RECIFE – PE

Dissertação apresentada ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz para obtenção do título de Especialista em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa

RECIFE

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A663r Araújo, Michelle da Silva de.
Recomendação e prescrição de medicinas alternativas e complementares por profissionais da estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município do Recife – PE/ Michelle da Silva de Araújo. — Recife: A autora, 2013.
54 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa.

1. Terapias Complementares. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Pessoal de Saúde. 4. Saúde da Família. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Título.

CDU 614.2

MICHELLE DA SILVA DE ARAÚJO

RECOMENDAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS E
COMPLEMENTARES POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DO RECIFE – PE

Dissertação apresentada ao Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do
Departamento de Saúde Coletiva, Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz para obtenção do título de Especialista em
Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Adriana Falangola
DMS/PPGSC/UFPE

Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me concedido saúde e tranquilidade nesta caminhada;

À minha família, especialmente aos meus pais e a minha irmã, pelo apoio incondicional;

Aos professores do Aggeu Magalhães, por terem despertado em mim o interesse na Saúde Coletiva e pela bagagem teórica que levarei para sempre;

À minha orientadora Islândia Carvalho, por todo carinho, paciência e apoio, sem os quais seria difícil a concretização deste trabalho;

Às minhas preceptoras de estágio Mauricéia Santana e Ana Catarina Leite, por terem me inspirado com sua paixão pela Saúde Coletiva;

Aos meus queridos amigos da Residência, pelos momentos de troca e descontração, em especial, Juliana e Lidiane pela convivência e companheirismo;

Ao grupo de pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, pelos momentos de reflexão e por ter me proporcionado a oportunidade de conhecer e vivenciar as Práticas Integrativas e Complementares;

A todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a conclusão desta etapa.

ARAUJO, M. S. **Recomendação e Prescrição de Medicinas Alternativas e Complementares por Profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município do Recife – PE.** 2013. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

A inserção de medicinas alternativas e complementares em sistemas biomédicos é reconhecida internacionalmente, entretanto, é intenso o debate sobre seu desenvolvimento e a avaliação das atitudes de recomendação e prescrição pelos profissionais de saúde. No Brasil, embora estas medicinas tenham sido implantadas oficialmente há sete anos no sistema público, pouco se sabe sobre sua incorporação pelos profissionais de saúde. Assim, analisou-se a recomendação e prescrição das medicinas alternativas por profissionais da Saúde da Família em Recife, por meio de um estudo descritivo transversal com abordagem exploratória. Aplicou-se um questionário semi-estruturado que investigava o conhecimento, uso, recomendação e prescrição. Dos 249 profissionais entrevistados, 77% recomendavam e destes 49% prescreviam. Plantas medicinais foram as mais recomendadas e prescritas. Os resultados evidenciam que as medicinas alternativas são reconhecidas e usadas pelos profissionais entrevistados.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares. Atenção Primária à Saúde. Pessoal de Saúde. Saúde da Família.

ARAUJO, M. S. **Recommendation and Prescription of Complementary and Alternative Medicine by Primary Health Care Professionals in Recife – PE.** 2013. Monograph (Multidisciplinary Residency in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ABSTRACT

The integration of complementary and alternative medicine in biomedical systems is recognized internationally, however, is the intense debate on development and evaluation of attitudes recommendation and prescription by health professionals. In Brazil, although these medicines have been established officially for seven years in the public system, little is known about its incorporation by health professionals. Thus, we analyzed the recommendation and prescription of alternative medicines by health professionals of the Family in Recife, through a cross-sectional study with exploratory. We applied a semi-structured investigating the knowledge, use, recommendation and prescription. Of the 249 professionals surveyed, 77% recommended and of these 49% were prescribing. Medicinal plants were recommended and prescribed. The results show that alternative medicines are recognized and used by the professionals interviewed.

KEYWORDS: Complementary Therapies. Primary Health Care. Health Personnel. Family Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados quanto à prescrição e recomendação de MCA/PIC.....	28
Figura 2 - Distribuição dos profissionais que recomendavam MAC em relação a variável prescrição.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais que recomendavam MAC.....	29
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais que apenas recomendavam e recomendavam/prescreviam, por variável sociodemográfica.....	31
Tabela 3 - Distribuição das MAC quanto à frequência de recomendação pelos profissionais.....	35
Tabela 4 - Distribuição das MAC quanto à frequência de recomendação/prescrição pelos profissionais.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
NAPI	Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIS	Unidade de Cuidados Integrados à Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Medicinas Alternativas e Complementares (MAC)	16
2.2 As MAC no Brasil - A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)	18
2.3 Relação entre o Modelo Biomédico e as Medicinas Alternativas	20
2.4 A Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares do Recife	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Desenho do estudo	24
4.2 Área do estudo	24
4.3 População e amostra	24
4.4 Coleta de dados	25
4.5 Análise dos dados	25
4.6 Limitações do estudo	26
4.7 Considerações éticas	26
5 RESULTADOS	27
5.1 Perfil dos profissionais que recomendam e prescrevem MAC	27
5.2 Perfis das MAC recomendadas e prescritas: Geral e por categoria profissional	32
5.3 Conhecimento e uso próprio x recomendação e prescrição	38
6 DISCUSSÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS	49
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53

1 INTRODUÇÃO

A integração de Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) em sistemas de saúde baseados no modelo biomédico tem sido reconhecida internacionalmente (FRAUSS, 2012; HOLLENBERG, 2006). Mas, pouco se sabe como vem ocorrendo o uso destas medicinas, principalmente na atenção primária em saúde.

No Brasil a incorporação de MAC no sistema de saúde público vem sendo discutida desde a década de 80 (SANTOS et al., 2011), mas só recentemente, em 2006, foi institucionalizada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que estabelece a atenção primária como a porta de entrada para o acesso às Medicinas Alternativas e Complementares no SUS.

A Organização Mundial de Saúde (2002) utiliza o termo Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) para designar o grupo de diversos sistemas médicos de cuidado à saúde, práticas e produtos que não estão presentes no modelo hegemônico de um país.

Diferente do modelo biomédico as medicinas alternativas adotam outro paradigma, o “Vitalista”. “Esse paradigma parte do pressuposto da existência de uma ‘dinâmica vital’, ‘energia’, ‘espírito’, ‘sopro’, que está além da noção de funcionalidade fisiológica e orgânica” (SOUSA et al., 2012, p. 2144), o que confere as suas abordagens diagnósticas e terapêuticas um aspecto mais integral e holístico (BARRET, 2003).

A recente demanda e inclusão das MAC em países cujo sistema médico predominante é o modelo biomédico, aumentou os debates sobre como essas medicinas poderiam coexistir, visto adotarem paradigmas tão distintos (DALEN, 1998) e algumas propostas de modelos de integração vêm sendo discutidas.

Entre os modelos propostos encontra-se o Modelo Pluralista. Por ‘pluralismo’ entende-se que o modelo biomédico e as medicinas alternativas deveriam se relacionar como sistemas médicos separados, mas ao mesmo tempo cooperativos. Dessa forma, reconhece-se as diferenças epistemológicas e paradigmáticas entre as medicinas, ao mesmo tempo em que se acredita que ambas podem oferecer opções

de tratamento (KAPTHUCK; MILLER, 2005). É nessa perspectiva de ampliar a clínica que as MAC foram inseridas na atenção primária.

Entretanto, para que esse modelo se concretize é essencial a colaboração ativa dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária (FRENKEL, 2008), na medida em que suas atitudes e percepções influenciam diretamente na escolha do cuidado aos usuários (FLANNERY et al., 2006; FUJIWARA et al., 2011; LUZ, 2005; ROSE et al., 1998; SEWITCH, 2008).

Diante do fato que a maior parte dos profissionais da atenção primária, ainda é formada no modelo biomédico, isso pode representar um entrave à integração das MAC, na medida em que os profissionais tendem a reproduzir na prática clínica as experiências adquiridas durante sua formação (ISCHKANIAN, 2011). Assim, investigar quais são suas opiniões e atitudes frente às MAC, torna-se essencial para compreender que tipo de relações estão sendo estabelecidas entre os dois modelos, bem como, subsidiar o monitoramento e avaliação do processo de implantação dessas medicinas na atenção primária.

Dentre essas atitudes, pode-se destacar a recomendação e prescrição em MAC, como as que mais revelam esse tipo relação. Partindo desse pressuposto e diante do avanço da incorporação de medicinas alternativas em diversos países, estudos vêm investigando como os profissionais de saúde agem em relação à recomendação e prescrição de MAC (SEWITCH, 2008).

Estudos realizados nos EUA, Europa, Oceania e América Latina revelam uma tendência positiva na última década a atitudes de recomendação e prescrição de MAC por algumas categorias profissionais (BEN-ARYE, 2007; BRESCIA, 2004; LEACH, 2004; OCK, et al., 2009; SAWNI, 2007). No Brasil essas posturas ainda são pouco exploradas, embora estudos evidenciem o interesse progressivo dos profissionais da atenção primária pelas MAC e a conseqüente aumento da oferta nos serviços de saúde pública e privada (SOUSA et al., 2012; THIAGO; TESSER, 2011).

Tendo em vista, que a Saúde de Família é a estratégia adotada para operacionalizar a atenção primária e, portanto, seria o *locus* potencial para uso das MAC, é importante analisar quais as atitudes dos profissionais que a compõem.

Investigar se esses profissionais estão recomendando e prescrevendo aos seus usuários, permitiria vislumbrar como e quais são mais aceitas, e assim construir políticas públicas mais coerentes com a demanda e realidade locais.

No caso do município do Recife, embora o mesmo tenha sido um dos pioneiros na implantação de uma Política Municipal em MAC (BRASIL, 2006), até o momento não existem dados sobre como essas medicinas estão sendo incorporadas pelos profissionais da atenção primária.

Diante desse contexto, pergunta-se: os médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Recife prescrevem e recomendam as MAC? Quais são recomendadas e prescritas? Há indícios que esteja existindo um modelo pluralista?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Medicinas Alternativas e Complementares

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) abrangem uma extensa variedade de modalidades de terapia e diagnóstico. Segundo a classificação adotada pelo National Center of Complementary and Alternative Medicine (2008) essas medicinas podem ser divididas nas seguintes categorias: (1) sistemas médicos completos (homeopatia, a naturopatia, medicina tradicionais chinesa e ayurvédica); (2) intervenções mente-corpo (meditação, oração, dentre outras); (3) Terapia baseadas em produtos naturais (plantas medicinais e fitoterapia); (4) Métodos de manipulação corporal (osteopatia e massagens); (5) Terapias energéticas (Liang Gong, reiki e magnetoterapia).

Embora o termo MAC seja o mais utilizado, não existe consenso a respeito dessa nomenclatura (FILICE, 2006; FRAUSS, 2012; NAGAI, 2011; NERURKAR, 2011; TAMARA, 2011). Alguns estudiosos consideram essa definição um tanto genérica, por colocar no mesmo patamar sistemas médicos complexos (como as medicinas tradicionais) e outras práticas de abordagem mais terapêuticas (TESSER, 2011).

Apesar da diversidade de conceitos e nomenclaturas, a literatura atribui à existência de um Paradigma Vitalista, como um aspecto comum às Medicinas Alternativas e Complementares (SOUSA et al., 2012).

Segundo o mesmo autor:

Diferente do paradigma biomédico adotado na Medicina Convencional dos países ocidentais, tal paradigma parte do pressuposto da existência de uma 'dinâmica vital', 'energia', 'espírito', 'sopro', que está além da noção de funcionalidade fisiológica e orgânica (SOUSA et al., 2012, p. 2144).

Esse paradigma atribui às MAC um caráter holístico com uma abordagem integral e menos intervencionista nos problemas de saúde (BARRET, 2003; LUZ, 2005).

Embora adote paradigma distinto, observou-se nas últimas décadas um aumento no interesse e procura por parte da população de Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) em países cujo modelo de saúde predominante é o Biomédico (FRASS, 2006).

Na Europa, estima-se que o percentual de indivíduos que utilizaram alguma vez a Medicina Complementar e Alternativa representa 31% na Bélgica e 75% na França, no Reino Unido, a cada ano, cerca de um em cada dez adultos consulta um médico em Medicina Complementar e Alternativa, e 90% deste procedimento se realiza fora do Sistema Nacional de Saúde (THOMPSON, 2005). Na Austrália são 48% (FLAHERT, 2004). No Canadá, estima-se que 70% da população fazem uso de algum tipo de Medicina Complementar e Alternativa (MCFARLAND et al., 2002). Nos Estados Unidos, em 1997, o número de atendimentos pelos chamados “curandeiros” (*healers*) foi quase o dobro dos atendimentos realizados nos níveis primários de atenção (629 milhões) (BARRET, 2003), e em 2007, uma pesquisa de caráter nacional encontrou que aproximadamente 40% adultos afirmaram ter utilizado algum tipo de Medicina Complementar e Alternativa (BARNES, 2008).

Segundo Luz (2005), embora o modelo biomédico tenha proporcionado significativos avanços nos estudos sobre a saúde humana, observa-se que o mesmo apresenta limitações. Seu caráter reducionista, que privilegia o diagnóstico e não o cuidado, associado ao alto custo dos tratamentos provocou uma dupla crise (na saúde e na medicina) que propiciou a procura e interesse da população pelas MAC.

A inclusão dessas medicinas em países cujos sistemas de cuidado têm como base o paradigma biomédico pode contribuir para a ampliação da clínica, visto que as MAC inovam ao posicionar o sujeito doente como centro do paradigma médico novamente (LUZ, 2005).

Com a revalorização da relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica, buscando meios terapêuticos simples, menos caros, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações mais gerais e comuns de adoecimento, possibilitariam a construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente; e na afirmação de um saber/prática que tenha como categoria central a saúde e não a doença (LUZ, 2005).

Nesse contexto, setores do campo da saúde passaram a resgatar o valor imaterial da saúde, delineando a construção de um novo modelo centrado na Atenção Primária em Saúde (APS), deslocando o foco da doença para o homem doente (CRISTENSEN; BARROS, 2010). Essa aproximação ideológica levou as MAC a serem reconhecidas como recurso a mais na Atenção Primária.

Reconhecendo o potencial dessas medicinas na atenção primária, desde 1976 a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando sua utilização e integração nos países, alegando que o processo saúde-doença-cura instaura realidade que exigem abordagens intersetoriais, holísticas e multiestratégicas (QUEIROZ, 2000).

Em 2002, utilizando o termo de medicina tradicional (MT) para se referir as medicinas alternativas e complementares, a OMS lançou o documento “Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005” com o objetivo de facilitar a implantação de MAC nos sistemas nacionais de saúde dos países-membros (HOLLIDAY, 2003; OGUAMANAM, 2006; ZHANG, 2000). Este documento também defendia a promoção do potencial sanitário das MAC, considerando a segurança, eficácia, qualidade de seu uso e acesso, por meio da condução de políticas públicas nacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Incentivados pela OMS, diversos países passaram a implantar políticas públicas na área de Medicinas Alternativas e Complementares. Entre esses países pode-se destacar o Brasil, que adotando o termo de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), formulou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

2.2 As MAC no Brasil - A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

No Brasil a incorporação de MAC no sistema de saúde público vem sendo ocorreu de fato em 2006, por meio da Portaria de nº 971 que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Inspirada nas recomendações da Estratégia elaborada pela OMS, essa Política visou estimular ações e serviços relativos à Acupuntura, Homeopatia,

Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia e Plantas Medicinais, Medicina Antroposófica, Termalismo e Crenoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

Entre seus objetivos, a PNPIC destaca “a prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde”. Lembra da importância de situar “o indivíduo na sua dimensão global [...] quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde”, e destaca a integralidade da atenção à saúde, princípio do SUS fortalecido pela PNPIC (BRASIL, 2006).

As principais diretrizes da PNPIC são: 1- Estruturar e fortalecer as PIC no SUS, mediante: inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento em caráter multiprofissional; estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação; e articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde. Desenvolver estratégias de qualificação em PIC, em conformidade com os princípios da Educação Permanente. 2- Incentivar a divulgação e a informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários, mediante: apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais da área de informação, comunicação e educação popular; elaboração de materiais de divulgação; inclusão na agenda de atividades da comunicação social do SUS; apoio a informação e divulgação em diferentes linguagens culturais; e apoio a experiências de educação popular. 3- Estimular ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral. 4- Ressaltar o provimento do acesso e ampliação da produção pública de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, mediante: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; e cumprimento das boas práticas de manipulação. 5- Incentivar a pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados. 6- Desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das PIC. (BRASIL, 2006).

Além da PNPIC, outras ações do Ministério da Saúde do Brasil convergem para área das MAC, como a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

no SUS, que entre seus objetivos, visou promover as práticas tradicionais de uso de plantas medicinais (ANDRADE, 2010; BRASIL, 2007).

Assim como ocorre em todos os países que adotavam o modelo biomédico e depois inseriram MAC em seus sistemas de públicos de saúde, muito se questiona sobre como as medicinas alternativas e modelo biomédico podem conviver num mesmo sistema.

Nos últimos anos, observou-se na literatura o surgimento de diversos modelos procurando explicar e propor formas de se conduzir o modelo biomédico e as medicinas alternativas num mesmo sistema de saúde. Os mais discutidos atualmente serão apresentadas no tópico a seguir.

2.3 Relação entre o Modelo Biomédico e as Medicinas Alternativas e Complementares

A crescente demanda e a inclusão de terapias da MAC nos últimos anos, aumenta o debate sobre como dois modelos paradigmaticamente tão diferentes poderiam coexistir em países num mesmo sistema médico (DALEN, 1998). A respeito dessa relação, Kaptchuk e Miller (2005) abordaram três tipos de modelos: de oposição, integração ou pluralismo.

O modelo de oposição, como o próprio nome sugere, se opõe à integração e os sistemas são separados, não cooperativos e competitivos. Já o modelo de integração apresenta uma abordagem “holística” que discute manifestações físicas, emocionais e espirituais das doenças e oferece múltiplas intervenções convencionais e alternativas objetivando a promoção do bem estar, além de tratar a doença. Segundo os autores este modelo seria o ideal, entretanto, as diferenças filosóficas, epistemológicas e práticas entre os dois sistemas desafiam uma integração coerente. Seria necessária uma mudança radical de paradigma que permitisse uma confluência entre os saberes.

Diante disso, Kaptchuk e Miller (2005) argumentam que o Modelo Pluralista é mais ampliando superando os modelos de integração e de oposição, visto que nele, biomedicina e medicinas alternativas coexistiriam como sistemas médicos separados, porém cooperativos.

Sendo assim, o Modelo Pluralista, ao mesmo tempo que reconhece as intransponíveis diferenças epistemológicas dos dois sistemas, defende que, por meio da cooperação, pesquisa, comunicação aberta e respeito mútuo, ambos os sistemas podem contribuir para a construção de um sistema de saúde que ofereça maiores e melhores opções de tratamento aos usuários.

Entretanto, são muitas as barreiras para que esse modelo se concretize. Para que ocorra de fato a inclusão de MAC nos países com sistemas de saúde pautados no modelo biomédico, além da necessidade de aspectos normativos que regulamentem essa inclusão, é essencial a colaboração ativa dos profissionais de saúde da rede (FRENKEL, 2008), por meio de suas atitudes de recomendação e prescrição.

Diante disso, uma boa maneira de avaliar o papel das MAC em países com modelos biomédicos de assistência em saúde, parece ser avaliando diretamente se seus profissionais as recomendam e as prescrevem.

2.4 A Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares do Recife

Antes mesmo da PNPIC, no ano de 2004, o município do Recife, dava início a uma política (não regulamentada) voltada à área das medicinas alternativas e complementares. Com esse intuito foi construída a Unidade de Cuidados Integrals à Saúde (UCIS) (SANTOS, 2010).

Esta unidade passaria a integrar a rede municipal de saúde atuando como referência para as unidades básicas de saúde para atender usuários encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (RECIFE, 2005). Entre as práticas oferecidas destacam-se a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, automassagem, alimentação viva, Liang Gong, meditação, Tai chi chuan, Yoga, dentre outras. Além de oferecer atendimento, a unidade também tem a função de matriciamento, através do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI). A intenção era disseminar estas medicinas em toda a rede de atenção básica, atingindo um número cada vez maior de pessoas. Naquele momento, a Secretaria Municipal de Saúde do Recife possuía a intenção de criar uma UCIS em

cada um dos seis Distritos Sanitários (regiões político-administrativas) que compõem o município (RECIFE, 2004).

Embora, essa política existisse a pouco mais de nove anos no município, não havia uma regulamentação, a qual só veio a ocorrer em 2012, por meio da Portaria nº122 de 6 de julho, que institucionaliza a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) (RECIFE, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a recomendação e prescrição de MAC por profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas), que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Recife.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil dos profissionais que recomendam e os que recomendam/prescrevem MAC (sexo, idade, religião, anos de estudo e categoria profissional);
- b) Descrever e correlacionar as MAC recomendadas com as recomendadas/prescritas por eles;
- c) Verificar associação das variáveis conhecimento e uso próprio com recomendação e prescrição de MAC;

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem exploratória.

4.2 Área de estudo

O Censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 contabilizou para a Cidade do Recife uma população de 1.537.704 habitantes distribuídos em um território, de 218,50 km², dividido em seis Regiões Político-Administrativas (RPA 1-Centro, 2- Norte, 3-Nordeste, 4-Oeste, 5-Sudoeste e 6-Sul). Cada RPA é subdividida em três Microrregiões formadas por um ou mais dos seus 94 bairros.

Em relação à cobertura da Estratégia Saúde da Família, em 2011 o município possuía 139 Unidades de Saúde da Família (USF). Cada USF é composta pela Equipe de Saúde da Família (ESF) (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) e pela Equipe da Saúde Bucal (ESB) (dentista e auxiliar de consultório dentário). Em 2011, Recife contava com 251 Equipes de Saúde da Família e 132 Equipes de Saúde Bucal, totalizando 634 profissionais (251 médicos, 251 enfermeiros e 132 dentistas) (RECIFE, 2012).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) que atuavam na Estratégia Saúde da Família no município do Recife.

A amostra foi composta por 249 profissionais (90 médicos, 110 enfermeiros e 49 dentistas), que representou 39% do total de profissionais da Estratégia da Saúde da Família de Recife (ESF). Destes, foram investigados apenas aqueles que recomendavam MAC, os quais corresponderam a 193 profissionais, 77% dos entrevistados.

4.4 Coleta dos dados

Foi aplicado um questionário com médicos, enfermeiros e dentistas que trabalhavam na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município do Recife no período de dezembro de 2010 a junho de 2011.

O instrumento utilizado foi um questionário semi-estruturado (Apêndice A) desenvolvido pelas próprias pesquisadoras, sendo composto por três partes:

- a) A primeira abordava aspectos sociodemográficos dos profissionais (*local de trabalho no SUS, função, idade, sexo, religião ou crença e anos de estudo dos profissionais da ESF*).
- b) A segunda composta por 29 questões objetivas (múltipla escolha), onde o profissional deveria marcar se conhecia, usava para si, usava para a família, recomendava e/ou prescrevia a MAC em questão.
- c) A terceira parte contendo duas questões abertas, onde o profissional deveria informar se tinha ou não interesse em formação e implantação no SUS e em qual(is) MAC.

4.5 Análise dos dados

Foram adotadas como variáveis dependentes a recomendação e prescrição, e como independentes o sexo, idade, religião, anos de estudo e função. Considerou-se como atitudes de recomendar e prescrever as definições do Dicionário Houssais da Língua Portuguesa:

RECOMENDAR: v. 1 *t.d.bit.* fazer ver, aconselhar (algo) a; indicar, lembrar; 2 *t.d.bit.* indicar como bom, como digno de atenção; inculcar; 3 *bit.* pedir ou ordenar (algo); a 4 *bit.* insistir, polida mas firmemente; aconselhar 5 *bit.* pedir atenção e benevolência para (alguém); 6 *bit.* entregar (algo) em confiança à guarda de (alguém); 7 *bit.* transmitir cumprimentos a; 8 *pron.* tornar-se digno de respeito; merecer cumprimentos. ETM lat. recommendare, 'recomendar, confiar'." (HOUAISS, 2009a, p. 1624, grifo nosso)

PRESCREVER: v. 1 *t.d.* ordenar antecipada e explicitamente; 2 *t.d.* dar ordem ou determinação para que se faça (algo); estabelecer,

determinar, preceituar; **3** *t.d.* aconselhar uma norma de comportamento, uma prática etc.; normatizar; **4** *t.d.* fixar (data, hora, prazo etc.); determinar, marcar; **5** *t.d.* recomendar (remédio, tratamento etc.); receitar; **6** *int.* ficar sem efeito por ter decorrido certo prazo legal; caducar; **7** *int.* cair em desuso. ETM lat. praescribo, is, psi, ptum, bère 'escrever na frente, pôr no título; traçar antes, marcar, *fig.* marcar antes, prescrever, ordenar'. (HOUAISS, 2009b, p. 1543, grifo nosso)

A análise dos dados se deu em caráter descritivo, por meio das frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas, obtidas pelo programa SPSS™ versão 21. Os achados foram apresentados em forma de tabelas ou gráficos.

4.6 Limitações do estudo

Levando em conta que a dinâmica de trabalho dos profissionais da ESF do Recife (visitas domiciliares, trabalho em unidades afastadas e/ou de difícil acesso) dificultaria a construção de uma amostragem probabilística, o estudo ficou limitado a entrevistar os profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) que estivessem presentes no momento de nossas visitas às Unidades de Saúde da Família (USF) e participações nas reuniões administrativas organizadas pelos Distritos Sanitários.

4.7 Considerações Éticas

Este estudo é um recorte de um projeto maior intitulado: “Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Estudos de casos nas regiões nordeste, sul e sudeste”, submetido aos comitês de ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e da Universidade Federal de Santa Catarina com o parecer de aprovação nº 30/2009.

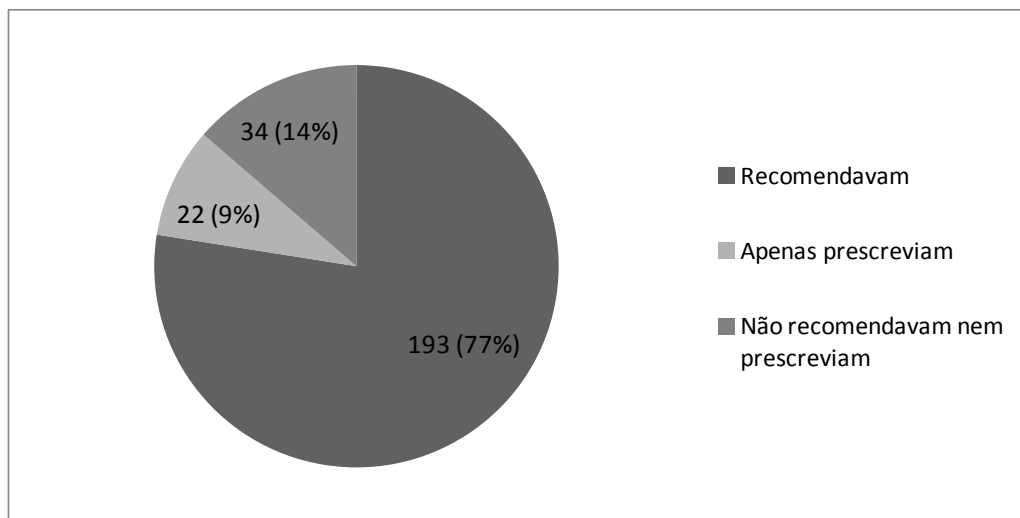
Salientamos que todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre o caráter confidencial das informações, e confirmaram sua participação mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

5 RESULTADOS

5.1 Perfil dos profissionais que recomendam e prescrevem MAC

Dos 249 entrevistados, 193 (77%) recomendavam pelo menos uma das MAC listadas, 34 (14%) não recomendavam nem prescreviam e 22 (9%) referiram apenas prescrever (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados quanto à prescrição e recomendação de MCA/PIC.



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE, 2013.

Esse grupo foi composto em sua maioria por profissionais do sexo feminino, com idade de 26 a 35 anos, de religião católica e com especialização (Tabela 1).

Em relação às funções, obtiveram-se números de recomendações bastante significativos em todas as categorias profissionais, embora os enfermeiros e médicos tenham representado a maior parte da amostra, com 43,5% e 40,4% respectivamente (Tabela 1).

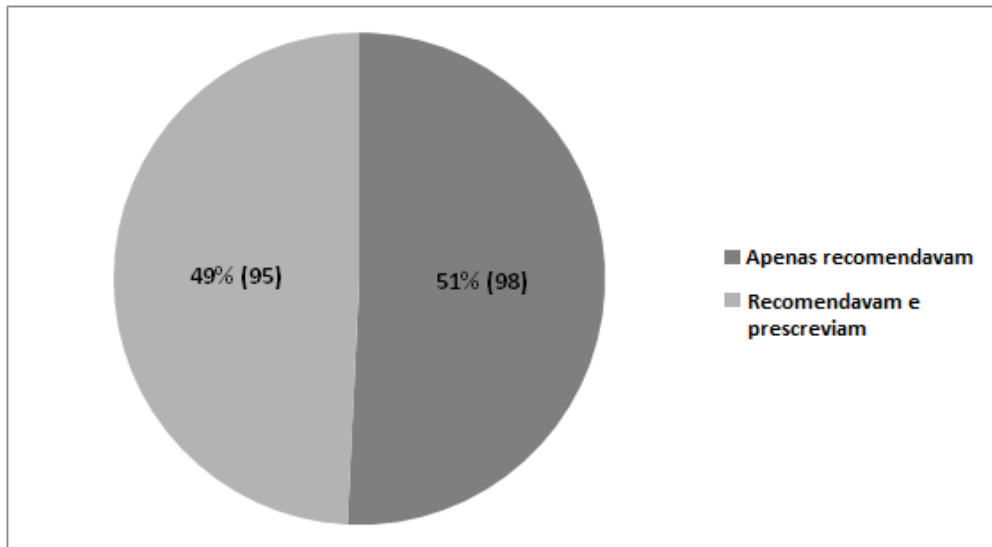
Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais que recomendavam MAC.

	TOTAL	N	% em relação ao total da variável	% em relação ao total que recomendava (N=193)
Sexo				
Feminino	211	167	79	86,5
Masculino	38	26	68	13,5
Idade (anos)				
21 a 25	1	0	0	0
26 a 35	83	60	72	31
36 a 45	68	54	79	28
46 a 55	65	54	83	28
56 a 65	27	21	78	11
> 66	5	4	80	2
Religião/crença				
Católica	150	113	75	58,5
Protestante	36	27	75	14
Espírita	31	28	90	14,5
Judaica	1	1	100	0,5
Islâmica	2	1	50	0,5
Nenhuma	16	14	88	7
Outra	13	9	69	5
Anos de Estudo				
Ensino Superior	23	18	78	9,3
Especialização	216	168	78	87
Mestrado	9	6	67	3,2
Doutorado	1	1	100	0,5
Função				
Médico	90	78	87	40,4
Enfermeiro	110	84	76	43,5
Dentista	49	31	63	16,1

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Fiocruz/PE, 2013.

Entre os 193 (77%) que recomendavam MAC, quase a metade (49%) referiu também prescrevê-las (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos profissionais que recomendavam MAC em relação a variável prescrição.



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE, 2013.

Comparando o perfil dos profissionais que apenas recomendavam com o dos que recomendavam/prescreviam pode-se observar algumas variações (Tabela 2). Enquanto, no grupo dos profissionais que apenas recomendavam, a faixa etária predominante foi de 26 a 35 anos (37,8%); do dos profissionais que recomendavam/prescreviam a mais representativa foi a de 46 a 55 (Tabela 2).

Em relação às categorias profissionais também foram observadas variações. Enfermeiros se destacaram no grupo dos que apenas recomendavam (48%), enquanto que os médicos foram maioria entre os que recomendavam/prescreviam (51,6%). Os dentistas por sua vez foram os que menos recomendavam/prescreviam, com 9,4% (Tabela 2). Esses dados sinalizam a forte relação de atitudes de prescrição com a categoria médica.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais que apenas recomendavam e recomendavam/prescreviam, por variável sociodemográfica.

(continua)

	TOTAL	APENAS RECOMENDAVA		RECOMENDAVA/PRESCREVIA			
		N	% em relação ao total da variável	% em relação ao total que recomendava (N=98)	N	% em relação ao total da variável	% em relação ao total que recomendava/prescrevia (N=95)
Sexo							
Feminino	211	83	39	85	84	40	88
Masculino	38	15	39	15	11	29	12
Idade (anos)							
21 a 25	1	0	0	0	0	0	0
26 a 35	83	37	45	38	23	28	24
36 a 45	68	25	37	26	29	43	31
46 a 55	65	23	35	24	31	48	33
56 a 65	27	12	44	12	9	33	10
> 66	5	1	20	1	3	60	3
Religião/crença							
<i>Católica</i>	150	63	42	64	50	33	53
Protestante	36	11	31	11	16	44	17
Espírita	31	17	55	17	11	35	12
Judaica	1	1	100	1	0	0	0
Islâmica	2	0	0	0	1	50	1
Nenhuma	16	3	19	3	11	69	12
Outra	13	3	23	3	6	46	6

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais que apenas recomendavam e recomendavam/prescreviam, por variável sociodemográfica. **(conclusão)**

	TOTAL	APENAS RECOMENDAVA		RECOMENDAVA/PRESCREVIA			
		%	%	%	%		
		em relação ao total da variável	em relação ao total que recomendava	em relação ao total da variável	em relação ao total que recomendava/prescrevia		
	N	(N=98)	N	(N=95)			
Anos de Estudo							
Graduação	23	9	39	9	8	35	8
Especialização	216	86	40	88	82	38	86
Mestrado	9	1	11	1	5	56	5
Doutorado	1	1	100	1	0	0	0
Função							
Médico	90	29	32	30	49	54	52
Enfermeiro	110	47	43	48	37	34	39
Dentista	49	22	45	22	9	18	9

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE, 2013.

5.2 Perfis das MAC recomendadas e prescritas: Geral e por categoria profissional

Observou-se que todas as MAC listadas foram recomendadas por pelo menos um profissional (Tabela 3).

Entre as práticas mais recomendadas destacaram-se as plantas medicinais (73%), seguida pela acupuntura (66,8%), fitoterapia (61%), yoga (49,7%) e homeopatia (48,2%). Entre as menos recomendadas destacaram-se a Tuiná e a medicina indígena, ambas com 0,5%, embora outras práticas como Liang Gong, osteopatia, massagem ayurvédica, medicina afro-brasileira, medicina ayurvédica e medicina tradicional chinesa, também tenham apresentado pouquíssimas recomendações (Tabela 3).

Ao ser investigado sobre as práticas recomendadas e também prescritas pelos profissionais, observou-se que, de um modo geral, salvo as medicinas (afro-brasileira, indígena, ayurvédica e tradicional chinesa), a massagem ayurvédica, o termalismo social e a tui ná, todas as práticas que os profissionais referiram recomendar também eram prescritas, embora essas frequências tenham ocorrido em menor proporção (Tabela 3 e Tabela 4).

Entre as práticas mais prescritas destacaram-se as plantas medicinais com 72,6% seguidas pela fitoterapia com 38,9%. Embora a acupuntura e a homeopatia, tenham sido bastante recomendadas, apenas 20% e 9,5% desses profissionais, respectivamente, as prescreviam. No caso das medicinas (tradicional chinesa, ayurvédica, afro-brasileira, indígena), massagem ayurvédica, tui-ná e termalismo social, não foram observadas prescrições (Tabela 3 e Tabela 4).

Em relação às categorias profissionais, observou-se que nas três categorias, as plantas medicinais, acupuntura, fitoterapia, homeopatia e yoga, foram as MAC mais recomendadas (Tabela 3). Entretanto, quanto às MAC mais prescritas, destacaram-se entre os médicos as plantas medicinais (61%), fitoterapia (45%), acupuntura (30,6%), terapia comunitária (24,5%) e yoga (22,5%); entre os enfermeiros, as plantas medicinais (86,5%), fitoterapia (30%), meditação e shatala (13,5%); enquanto que os dentistas recomendavam mais plantas medicinais

(77,7%), fitoterapia (44,4%), acupuntura, terapia comunitária, automassagem e medicina popular (11%) (Tabela 4).

Esses dados sinalizam uma predileção dessas categorias profissionais por essas práticas e, portanto, assinalam que a profissão influencia no perfil das MAC que serão recomendadas e/ou prescritas pelo profissional.

Tabela 3 - Distribuição das MAC quanto à frequência de recomendação pelos profissionais.

(continua)

	RECOMENDAÇÃO							
	TOTAL	%	Médicos (78)		Enfermeiros (84)		Dentistas (31)	
			N	%	N	%	N	%
<i>Plantas medicinais</i>	141	73	56	72	64	76	21	67,7
<i>Acupuntura</i>	129	66,8	62	79,5	49	58	18	58
<i>Fitoterapia</i>	118	61	49	63	55	65,5	14	45
<i>Yoga</i>	96	49,7	44	56	35	41,6	17	54,8
<i>Homeopatia</i>	93	48,2	41	52,6	42	50	10	32
Auto massagem e do-in	78	40,4	33	43	33	39	12	38,7
Meditação	68	35,2	29	37	25	29,7	14	45
Terapia comunitária	66	34,2	31	39,7	23	27	12	38,7
Terapia floral	55	28,5	23	29,5	24	28,6	8	25,8
Shantala	48	25	19	24	24	28,6	5	16
Aromaterapia	45	23,3	16	20,5	20	24	9	29
Reiki	41	21,2	18	23	17	20	6	19
Tai chi chuan	40	20,7	25	32	11	13	4	13
Reflexologia	34	17,6	15	19	14	16,6	5	16
Prática ou filosofia de cunho espiritual	30	15,5	24	31	3	3,5	3	9,7
Medicina popular	28	14,5	9	11,5	14	16,6	5	16
Shiatsu	24	12,4	12	15	8	9,5	4	13

Tabela 3 - Distribuição das MAC quanto à frequência de recomendação pelos profissionais.

(conclusão)

	RECOMENDAÇÃO							
	TOTAL	%	Médicos (78)		Enfermeiros (84)		Dentistas (31)	
			N	%	N	%	N	%
Medicina antroposófica	19	9,8	10	12,8	6	7	3	9,7
Medicina chinesa	17	8,8	6	7,7	8	9,5	3	9,7
Massagem ayurvédica	15	7,7	11	14	3	3,5	1	3
Osteopatia	15	7,7	9	11,5	4	4,7	2	6
Medicina afro-brasileira	9	4,6	4	5	4	4,7	1	3
Liang Gong	8	4,1	6	7,7	1	1,2	1	3
Medicina ayurvédica	7	3,6	5	6	2	2,4	-	-
Termalismo social – crenoterapia	4	2,1	1	1,3	2	2,4	1	
Medicina indígena	1	0,5	1	1,3	-	-	-	-
Tui-ná	1	0,5	-	-	1	1,2	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FioCruz/PE, 2013.

Legenda: (-) quando o valor foi zero

Tabela 4 - Distribuição das MAC quanto à frequência de recomendação/prescrição pelos profissionais.

(continua)

	RECOMENDAÇÃO/PRESCRIÇÃO							
	TOTAL	%	Médicos (49)		Enfermeiros (37)		Dentistas (9)	
			N	%	N	%	N	%
Plantas medicinais	69	72,6	30	61	32	86,5	7	77,7
Fitoterapia	37	38,9	22	45	11	30	4	44,4
Acupuntura	19	20	15	30,6	3	8	1	11
Terapia comunitária	16	16,8	12	24,5	3	8	1	11
Yoga	13	13,7	11	22,5	2	5,4	-	-
Auto massagem e do-in	10	10,5	6	12	3	8	1	11
Homeopatia	9	9,5	7	14	2	5,4	-	-
Medicina popular	7	7,4	3	6	3	8	1	11
Meditação	7	7,4	2	4	5	13,5	-	-
Shantala	7	7,4	2	4	5	13,5	-	-
Aromaterapia	6	6,3	3	6	3	8	-	-
Reflexologia	6	6,3	5	10	1	5,4	-	-
Tai chi chuan	5	5,3	5	10	-	-	-	-
Terapia floral	5	5,3	2	4	3	8	-	-
Reiki	4	4,2	2	4	2	5,4	-	-
Prática ou filosofia de cunho espiritual	4	4,2	3	6	-	-	-	-
Shiatsu	3	3	3	6	-	-	-	-

Tabela 4 - Distribuição das MAC quanto à frequência de recomendação/prescrição pelos profissionais. **(conclusão)**

	RECOMENDAÇÃO/PRESCRIÇÃO							
	TOTAL		Medicos (49)		Enfermeiros (37)		Dentistas (9)	
		%	N	%	N	%	N	%
Medicina antroposófica	2	2	2	4	-	-	-	-
Liang Gong	1	1	1	2	-	-	-	-
Osteopatia	1	1	-	-	-	-	-	-
Medicina Chinesa	-	-	-	-	-	-	-	-
Massagem Ayurvédica	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina ayurvédica	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina afro-brasileira	-	-	-	-	-	-	-	-
Termalismo social – crenoterapia	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-
Tui-ná	-	-	-	-	-	-	-	-

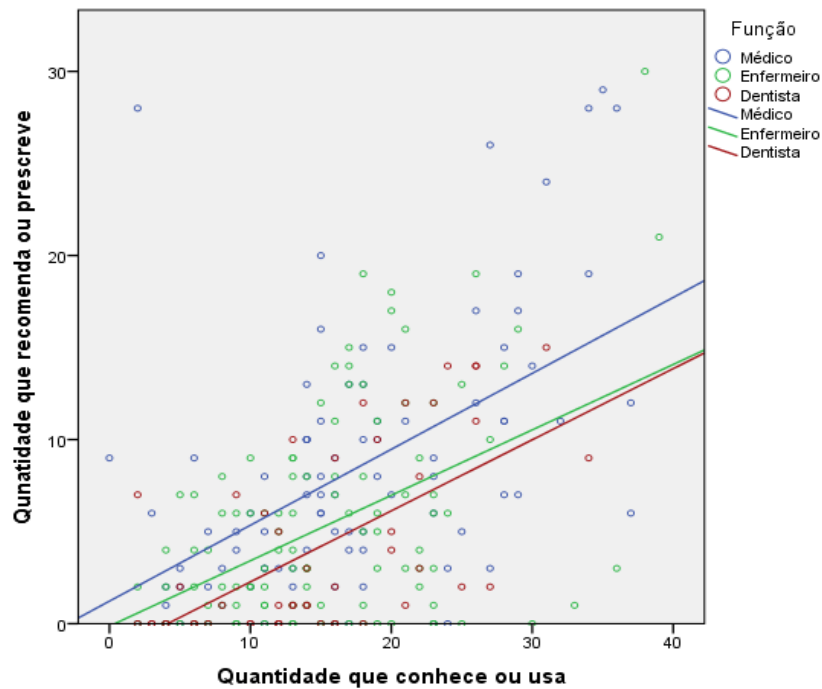
Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FioCruz/PE, 2013.

Legenda: (-) quando o valor foi zero

5.3 Conhecimento e uso próprio x recomendação e prescrição

A figura 3 representa o gráfico de dispersão referente ao comportamento das variáveis conhecimento e uso próprio, com recomendação e prescrição de MAC.

Figura 3 - Gráfico de dispersão relacionando a quantidade de MACS que o entrevistado conhece ou usa com as recomendadas ou prescritas, divididas entre as funções médico, enfermeiro e dentista.



Fonte: Elaboração própria a partir do banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE, 2013.

Comparando-se o comportamento das linhas, observa-se que quanto mais profissionais referiam conhecer e usar para si MAC, maior era quantidade de MAC recomendadas e prescritas, ou seja, houve um aumento proporcional entre os dois grupos de variáveis, demonstrando que na amostra estudada existiu uma relação direta entre os profissionais terem conhecimento ou usarem para si MAC com suas atitudes de recomendação e prescrição.

6 DISCUSSÃO

Entre um dos principais achados do presente estudo, destaca-se o significativo percentual de recomendação das MAC (77%) pelos profissionais da atenção primária do Recife, principalmente entre os médicos (78%) e enfermeiros (84%). Estes dados sinalizam aceitação e incorporação de MAC pelos profissionais, contrariando um pressuposto, pelo menos em Recife, de que os profissionais da ESF, por ainda serem formados na perspectiva biomédica seriam contrários ao uso de MAC.

Kurtz et al. (2003) em seu estudo sobre atitudes de aceitação de MAC em médicos também observou forte aceitação por parte dos clínicos gerais e médicos, com especialização em Saúde da Família. Trovó e Silva (2003) em seu estudo com estudantes de enfermagem verificou grande recomendação, onde 84,46% recomendavam seu uso. Menezes et al. (2012) atribui esses achados ao perfil mais generalista dessas profissões, tornando-as menos presas a especialidades e, conseqüentemente, mais sensíveis a outras práticas de saúde além da tradicional biomedicina.

Os dentistas parecem ser menos sensíveis a recomendação e prescrição de MAC (LIMA, 2005; MENEZES et al., 2012). No nosso estudo, das categorias investigadas, os dentistas foram os que menos, proporcionalmente, recomendavam e prescreviam MAC, apesar de serem em menor número. Algumas explicações para esse achados são o caráter especialista, característico da profissão, e o pouco conhecimento prático sobre a utilização dessas medicinas nas suas condutas clínicas (LIMA, 2005; MENEZES et al., 2012). Vale destacar que entre os profissionais, os dentistas também foram os que menos conheciam MAC.

Atitudes de recomendação e prescrição, embora sejam muito próximas, não são sinônimas e nem interdependentes, portanto, o fato de um profissional recomendar uma prática, não determina que o mesmo a prescreva. Estudos sobre o tema relatam discrepâncias entre as atitudes de recomendação e prescrição, obtendo valores de prescrição variando de 13% a 50% (BRIEN et al., 2008; JUMP et al., 1998; KURTZ et al., 2003; ROSE et al., 1998; TROVO; SILVA, 2002; WONG,

2010). Essa diferença também foi observada neste estudo, onde do total de profissionais que recomendavam 77%, apenas 49% as prescreviam.

Algumas barreiras à atitudes de recomendação e prescrição de MAC em profissionais de saúde foram identificadas em estudos anteriores. Entre as mais citadas destacam-se, a escassez de evidências sobre eficácia, efeitos adversos e interações das MAC com tratamentos alopáticos (KURTZ, 2003). Todavia, alguns autores também consideram o pouco conhecimento e experiência profissional, obstáculos importantes para essas atitudes (WONG, et al., 2010).

A esse respeito, nosso estudo investigou e observou que nos profissionais entrevistados existiu uma relação entre ter conhecimento e fazer uso de MAC, com maiores atitudes de prescrição e recomendação, embora, deva-se considerar que, nem todos que recomendavam, prescreviam. Diante disso, seria necessário pensar que outros fatores poderiam estar interferindo nessas prescrições e a resposta talvez seja o grau de conhecimento dos profissionais.

No questionário adotado na pesquisa foi perguntado apenas se o profissional conhecia ou não as MAC, conhecimento este cujo grau não fora especificado, o que torna sua avaliação bastante subjetiva. Assim, pode-se imaginar que, entre todos os profissionais que referiram conhecer, existem níveis variados de conhecimento, desde aqueles que só ouviram falar até os que teriam maior propriedade a respeito. Sabendo que o pouco conhecimento dos profissionais em MAC está relacionado a baixas prescrições (LIMA, 2005; WONG et al., 2010), diante disso, profissionais com conhecimento mais superficial sobre as MAC, embora acreditem nos seus benefícios, não se sentem seguros para realizar prescrições, o que justificaria o menor quantitativo dos que prescrevem em relação aos que recomendam.

A decisão dos profissionais para encaminhar ou prescrever um paciente para MAC é complexa e baseada nas negociações entre o que desejam os usuários e o que eles próprios acreditam (BRIEN et al., 2008). Diante disso, alguns estudos sobre recomendação e prescrição concluíram que embora grande parte dos profissionais recomende MAC, a maioria só consideraria encaminhá-los quando não há outras opções terapêuticas para os seus usuários, ou condições específicas (BRIEN et al., 2008; WONG, 2010). Assim, outros pressupostos que podem ser levantados são os de que os profissionais ainda sejam bastante seletivos quanto às condições para se

prescrever medicações alternativas e/ou haveria certa resistência dos usuários à adesão dessas medicações.

Além das diferenças observadas entre recomendação e prescrição geral, também foi observada essas diferenças entre as categorias profissionais, entretanto, os médicos tiveram menor disparidade entre recomendação e prescrição. Pode-se considerar que a utilização apenas do termo 'prescreve' no questionário, para descrever as atitudes de inclusão de MAC em suas condutas clínicas, possa ter limitado as respostas dos enfermeiros e dentistas, visto ser essa prática mais usual para a categoria médica.

O uso de plantas medicinais, e, recentemente, a fitoterapia, são práticas populares e alcance da maioria das pessoas (THIAGO; TESSER, 2010). No nosso estudo os profissionais se mostram adeptos a elas, principalmente, as plantas medicinais (72,6%). Resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos (MENEZES et al., 2012; THIAGO; TESSER, 2010), essas atitudes, partindo dos próprios profissionais da atenção primária, podem significar um passo importante para diminuir o uso de medicamentos alopáticos.

Contudo, Nagai e Queiroz (2012) alertam para os perigos dessas prescrições quando ocorridas num cenário com poucas informações sobre os riscos do uso concomitante com os medicamentos alopáticos, e seus possíveis efeitos tóxicos. Diante disso, compreende-se a necessidade de serem promovidos espaços de discussão na Estratégia de Saúde da Família sobre a recomendação e uso correto de plantas medicinais, afim de proporcionar maior segurança nessas condutas. Além de se investigar também o uso pelos usuários.

Algumas MAC, como a acupuntura e a homeopatia já vinham sendo inseridas no Brasil bem antes da PNPIC, o que explica sua popularidade entre os profissionais de saúde em relação às outras MAC. Isso também foi observado neste estudo. Entretanto, foram observadas poucas prescrições.

Em estudo sobre a oferta de MAC nos serviços de saúde de três capitais do Brasil, Sousa et al. (2012) encontrou que a maior parte de sua oferta (acupuntura e homeopatia), no Recife, está concentrada na rede privada. Diante disso, pode-se

considerar que as poucas prescrições, seja um reflexo da baixa oferta dessas práticas na rede pública do município.

Embora o município do Recife tenha sido pioneiro na implantação de uma política municipal em Práticas Integrativas, com a construção de uma Unidade de Cuidados Integrados em Saúde (UCIS), em 2004, e seus recentes esforços, como a construção da Política de Saúde Integral no SUS (2010-2013) com o decreto da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) (RECIFE, 2013). Reconhece-se que a oferta de profissionais destas áreas está muito longe da ideal para toda a população do município. A escassez de profissionais em unidades básicas tradicionais nos demais distritos sanitários (I, III, IV, V e VI) torna a Unidade de Cuidados Integrados em Saúde (UCIS), localizada no DS II, ainda a principal referência em MAC da rede pública. Diante disso pode-se supor que questões como capacidade e localização, possam tornar suas prescrições inviáveis, principalmente para usuários moradores de distritos mais distantes.

Notou-se boa recomendação/prescrição dos profissionais às práticas corporais (yoga) manuais (automassagem) e pela terapia comunitária. Dados de outros estudos também vêm observando uma boa aceitação de profissionais de saúde a esses tipos de práticas (SEWITCH, 2012). Segundo Carvalho (2010), tais práticas representam uma boa estratégia de promoção da saúde, pois promovem a mobilização do indivíduo no sentido de cuidar de si e de produzir saúde, além de promover trocas sociais.

Além dessas características, diferente da acupuntura e homeopatia, que concentravam-se em maior número nas clínicas privadas, no Recife as práticas corporais concentravam-se nos centros de saúde e unidades de nível primário de atenção (SOUSA et al., 2012). Isso facilitaria o acesso e a indicação dessas práticas pelos profissionais.

Enquanto as práticas corporais e terapias manuais mostraram boa recomendação/prescrição, terapias energéticas (Liang Gong, Reiki) e medicinas (chinesa, afro-brasileira, indígena, ayurvédica) não foram tão recomendadas e prescritas. Achados semelhantes aos do estudo de Tiago e Tesser (2009), que detectou poucos encaminhamentos para medicina ayurvedica, antroposófica e tradicional chinesa. Frauss et al. (2012) alega que terapias energéticas e algumas

medicinas alternativas, ainda são pouco conhecidas pelos profissionais. Portanto, as baixas recomendações e prescrições para essas práticas observadas neste estudo sinalizam o pouco conhecimento dos profissionais da ESF do Recife sobre as mesmas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, que foi o primeiro a investigar atitudes de recomendação e prescrição de MAC pelos profissionais da atenção primária no Recife, pôde-se observar que os mesmos estão recomendando e prescrevendo o uso de MAC/PIC em suas condutas clínicas, o que sinaliza que esses profissionais são receptivos às mesmas e vêm conduzindo sua clínica numa perspectiva pluralista.

As plantas medicinais foram as práticas mais recomendadas e prescritas pelos profissionais, seguidas pela fitoterapia. Diante disso, destaca-se a importância de investimento na formação e em espaços de discussão com os profissionais da ESF do Recife, afim de que se possa promover maior segurança e eficácia dessas práticas.

A respeito das diferenças nos quantitativos de recomendação e prescrição, as mesmas podem ser decorrentes de diversos fatores como: insegurança provinda de pouco conhecimento profissional; seletividade no uso das MAC; a escassez de oferta de medicinas alternativas na rede municipal ou mesmo pouca adesão dos usuários.

Diante do exposto, sugere-se o desenvolvimento de estudos qualitativos que investiguem com maior aprofundamento aspectos mais subjetivos em relação à recomendação e prescrição desses profissionais, afim de sinalizar fatores facilitadores ou inibidores dessas atitudes, e as situações para as quais recomendam e prescrevem, bem como, estudos sobre a aceitação por parte dos usuários.

Esperamos que as informações provenientes deste trabalho despertem a atenção da gestão de que essas práticas são reconhecidas e valorizadas por esses profissionais, e que é urgente o resgate da valorização das MAC nas políticas públicas de saúde no Recife, diante da possibilidade e necessidade de ampliação dos recursos terapêuticos ofertados aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ASTIN, J. A. et al. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 158, n. 21, p. 2303–2310, 1998.
- BARNES, P. M.; BLOOM, B.; NAHIN, R. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. **National Health Statistics Reports**, Hyattsville, n. 12, p. 1-23, Dec. 2008.
- BARRET, B. et al. Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, New York, v. 9, n. 6, p. 937–947, 2003.
- BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Medicina Alternativa e Complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 2023-2028, 2006.
- BEN-ARYE, E. et al. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. **Patient Education and Counseling**, Princeton, v. 70, n.3, p. 395-402, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF, 2006.
- BRESCIA S. M. Actitud y opinión de los pediatras ante las medicinas alternativas. **Archivos Argentinos de Pediatría**, Buenos Aires, v. 102, n. 2, p. 88-95, 2004.
- BRIEN, S. et al. Why GPs refer patients to complementary medicine via the NHS: a qualitative exploration. **Primary Health Care Research & Development**, London, n. 9, p. 205-215, 2008.
- CABRERA, D. T. Evaluación del cumplimiento de las indicaciones para introducir la Medicina Tradicional y Natural a la Morfofisiología de Medicina, en Matanzas. **Revista Médica Electrónica**, Matanzas, v. 32, n. 6, 2010. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000600004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2013.
- CHISTENSEN, M. C.; BARROS, N. F. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 97-105, 2010.

DALEN, J. E. Conventional and unconventional medicine: can they be integrated? **Archives of Internal Medicine**. Chicago, v. 158, n. 20, p. 2179-2181, 1998.

FLAHERTY, J. H.; TAKAHASHI, R. The use of complementary and alternative medical therapies among older persons around the world. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, n. 20, p. 179-200, 2004.

FLANNERY, M. A. et al. Communication about complementary and alternative medicine: Perspectives of primary care clinicians. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, Aliso Viejo, v. 12, p. 56-63, 2006.

FRASS, M. et al. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. **The Ochsner Journal**, Easton, v. 12, p. 45–56, 2012.

FRENKEL, M. et al. Integrating complementary and alternative medicine into conventional primary care: the patient perspective. **Explore**, New York, v. 4, n. 3, p. 178–186, 2008.

FUJIWARA, K. et al. Changes in Attitudes of Japanese Doctors toward Complementary and Alternative Medicine - Comparison of Surveys in 1999 and 2005 in Kyoto. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, Oxford, v. 2011, p. 1-7, 2011.

HOLLENBERG, D. Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 62, n. 3, p. 731-44.9, 2006.

HOLLIDAY, I. Traditional medicines in modern societies: an exploration of integrationist options through East Asian experience. **The Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 28, n. 3, p. 373-89, 2003.

HOUAISS, A. Prescrever. In: _____. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009b. p. 1543.

HOUAISS, A. Recomendar. In: _____. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2009a. p. 1624.

ISCHKANIAN, P. C. **Práticas Integrativas e Complementares para a Promoção da Saúde**. 2011. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

KAPTCHUK, T. J.; MILLER, F. G. Viewpoint: what is the best and most ethical model for the relationship between mainstream and alternative medicine: opposition, integration, or pluralism? **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 80, n. 3, p. 286-290, 2005.

CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005.

- KURTZ, M. E.; NOLAN, R. B.; RITTINGER, W. J. Primary care physicians' attitudes and practices regarding complementary and alternative medicine. **The Journal of the American Osteopathic Association**, Chattanooga, v. 103, p. 597-602, 2003.
- LEACH, M. J. Public, nurse and medical practitioner attitude and practice of natural medicine. **Complementary Therapies in Nursing & Midwifery**, Edinburgh, v. 10, n. 1, p. 13–21, 2004.
- LIMA, J. J. F. **Perspectivas dos cirurgiões dentistas sobre a inserção da fitoterapia na atenção básica de saúde**. 2005. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.
- LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p.145-176, 2005.
- MCFARLAND, B. et al. Complementary and alternative medicine use in Canada and the United States. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 10, p. 1616-1618, 2002.
- MENEZES, V. A. Terapêutica com Plantas Medicinais: Percepção de Profissionais da Estratégia de Saúde da Família de um Município do Agreste Pernambucano. **Odonto (São Bernardo do Campo)**, São Bernardo do Campo, v. 20, n. 39, p. 111-122, 2012.
- NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1793-1800, 2011.
- NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE (United States). **What is CAM?** Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>>. Acesso em: 23 mar. 2013.
- NERURKAR, A. et al. When Conventional Providers Recommend Unconventional Medicine: Results of a National Study. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 171, n. 9, p. 862–864, 2011.
- OCK, S. M. et al. The use of Complementary and Alternative Medicine in a General Population in South Korea: Results from a National Survey in 2006. **Journal of Korean Medical Scienc**, Seoul, v. 24, n. 1, p. 1-6, 2009.
- OGUAMANAM, C. Biomedical orthodoxy and complementary and alternative medicine: Ethical challenges of integrating medical cultures, **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, New York, v. 12, n. 6, p. 577-581, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra, 2002.

ROSE, J. H. et al. Complementary therapies for older adults: An exploratory survey of primary care physicians' attitudes. **Clinical Gerontologist**, New York, v. 19, p. 3-19, 1998.

SALLES, S. **Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2008.

SANTOS, F. A. S. et al. Análise da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Recife. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, 2011.

SAWNI, A.; THOMAS, R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding Complementary/Alternative Medicine: A national survey. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 7, n. 18, p. 7-18, 2007.

SEWITCH, M. J. et al. A Literature Review of Health Care Professional Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine. **Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine**, Thousand Oaks, v. 13, n. 3, p. 139-154, 2008.

SOUSA, I. M. C. S., et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

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

THIAGO, S. C. S., TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, p. 249-257, 2011.

THOMPSON, T. Complementary therapies and the NHS. **British Medical Journal**, London, v. 331, p. 856-857, 2005.

TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P.; LEAO, E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: Análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 4, p. 483-489, 2003.

WONG, L. Y.; TOH, M. P. H.; KONG, K. H. Barriers to patient referral for Complementary and Alternative Medicines and its implication on interventions. **Complementary Therapies in Medicine**. Edinburgh, v.18, p. 135-142, 2010.

ZHANG, X. Integration of traditional and complementary medicine into national health care systems. **Journal Manipulative and Physiological Therapeutics**, Lombard, v. 23, p. 139-140, 2000.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS



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

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS

I - IDENTIFICAÇÃO

1 - Local de trabalho no SUS (pode marcar mais de um):

ESF	Hospital	Ambulatório	UBS
1	2	3	4

2 – Função:

Médico (a)	Enfermeiro (a)	Aux./Téc. Enfermagem	Dentista	Aux./Téc. Odontologia	ACS	Outro
1	2	3	4	5	6	7

3- Idade

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

4 - Sexo:

Feminino	Masculino
1	2

5 - Religião/Crença:

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

Qual (7):

6. Anos de estudo: **poderá ser marcada mais de uma alternativa**

4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 anos ou mais	Mestrado	Especialização	Doutorado
1	2	3	4	5	6

10. Quais das medicinas/práticas abaixo você conhece, usa pra si, usa para família, prescreve, recomenda: (Marque com X quando SIM) Poderá ser marcada mais de uma alternativa.

10.1 Acupuntura

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.2 Aromaterapia

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.3 Automassagem e ou do - in

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.4 Fitoterapia

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.5 Homeopatia

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.6 Liang Gong

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.7 Massagem ayurvédica

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.8 Medicina antroposófica

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.9 Medicina ayurvédica

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.10 Medicina afro - brasileira

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.11 Medicina chinesa

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.12 Medicina indígena

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.13 Medicina popular

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.14 Meditação

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.15 Osteopatia

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.16 Plantas medicinais (chás, lambedor, banhos)

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.17 Reflexologia / reflexoterapia dos pés

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.18 Reiki

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.19 Shantala

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.20 Shiatsu

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.21 Tai chi chuan

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.22 Terapia comunitária

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.23 Terapia floral

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.24 Termalismo social - crenoterapia

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.25 Tui - ná

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.26 Yoga

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.27 Outras práticas corporais

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

Qual: _____

10.28 Prática ou filosofia de cunho espiritual

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

10.29 Outros (prática, técnica, terapia):

1. () Conhece 2. () Usa pra si 3. () Usa para família 4. () Prescreve 5. () Recomenda

11. Por ordem de prioridade, dentre as medicinas e práticas referidas acima, em quais você gostaria de ter formação? (Informe até três medicinas/práticas):

1º: _____

2º: _____

3º: _____

() nenhuma

12. Por ordem de prioridade, dentre as medicinas e práticas referidas acima, quais você gostaria que fossem implantadas no SUS municipal- Recife? (Informe até três medicinas/práticas):

1º: _____

2º: _____

3º: _____

() nenhuma

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: “Práticas Integrativas e Complementares e Complementares no Programa de Saúde da: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste”

Prezado(a) Senhor (a),

Estamos convidado-o (a) para participar de uma pesquisa sobre as Práticas Integrativas e Complementares e complementares no Programa de Saúde da Família. A pesquisa tem como objetivo analisar o uso das Práticas Integrativas e Complementares e Complementares pelos Profissionais da Estratégia de saúde da Família

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

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

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento acerca das Práticas Integrativas e Complementares e complementares nos serviços públicos.

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

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

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

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

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

Eu, _____

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

Assinatura do profissional entrevistado:

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