

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado

Integrative and Complementary Therapies in Primary Health Care: a way to humanize care

Mariana Cabral Schweitzer*

Marcos Venicio Esper**

Maria Júlia Paes da Silva***

442

O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):442-451
Artigo Original • Original Paper

Resumo

Esta pesquisa objetivou identificar como a incorporação de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde tem auxiliado a promover a humanização do cuidado. Foi realizada uma Revisão Sistemática de Literatura que utilizou os descritores 'Atenção Primária em Saúde' (*Primary Health Care*) e 'Práticas Integrativas e Complementares' (*Complementary Therapies*), por meio do conector AND, nas seguintes bases de dados: PubMed e EMBASE, para buscar artigos publicados até 2011. Foram encontradas 1434 referências; dessas, 680 foram selecionadas pelo título e 15, pelo resumo. O ideal para incluir as PIC na APS é pensar dentro da lógica de cuidado humanizado e, para tal, deve-se considerar: fomentar pesquisas sobre PIC, inserir PIC nos cursos de graduação e em treinamentos de profissionais de saúde, promover a colaboração internacional, aproximar curadores tradicionais e profissionais da APS e organizar lista de fitoterápicos e plantas medicinais recomendadas pelos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Terapias Complementares. Atenção Primária à Saúde. Humanização da Assistência.

Abstract

This study aimed to identify how the incorporation of complementary and integrative practices in Primary Health Care has helped to promote the humanization of care. We developed a systematic literature survey using the descriptors 'Atenção Primária em Saúde' (Primary Health Care) and 'Práticas Integrativas e Complementares' (Complementary Therapies) and the connector AND in the following databases: PubMed and EMBASE, looking for articles published until 2011. A total of 1434 references were found, and 680 of these were selected by title and 15 by abstract. The ideal to include CAM in the APS is to think within the logic of humanized care, and to do this we must consider: to promote research on CAM, to insert CAM in undergraduate courses and in health professionals training, to promote international collaboration, to promote the meeting between traditional healers and health care practitioners, and the organization of a list of herbal and medicinal plants recommended by health systems.

Keywords: Complementary Therapies. Primary Health Care. Humanization of Assistance.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EEUSP, São Paulo-SP, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Modelo Tecno-Assistenciais em Promoção da Saúde da EEUSP. E-mail: marycabral101@usp.br

** Psicanalista e Membro do Grupo de Pesquisa das Práticas Alternativas ou Complementares de Saúde da EEUSP, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: marcos_esper@yahoo.com.br

*** Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. Líder do Grupo de Pesquisa Estudo das práticas alternativas ou complementares de saúde da EEUSP, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: juliaps@usp.br

INTRODUÇÃO

A prática de cuidados é a mais antiga prática da história do mundo. Durante milhares de anos os cuidados não eram dependentes de um sistema, menos ainda pertenciam a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava outra a continuar a vida em relação ao grupo, e eram orientados a partir de duas situações: assegurar a vida e recuar a morte¹.

Devido às mudanças tecnológicas, socioeconômicas e culturais da sociedade, as práticas de cuidados foram divididas em uma imensidão de tarefas e atividades diversas. O próprio objeto dos cuidados também foi aos poucos isolado, parcelado, fissurado e separado das dimensões sociais e coletivas¹.

Essa estratificação do cuidado teve uma forte influência sobre o processo de trabalho em saúde, caracterizado pelo reducionismo biológico, o mecanicismo e o primado da doença sobre o doente. Todavia, essas características são atualmente criticadas e problematizadas em busca de um cuidado holístico, sistêmico e interdisciplinar².

Quadro 1. Descrição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC

Prática	Descrição
Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura	Sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento aponta a teoria do <i>Ying-Yang</i> e a dos cinco elementos (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais). A Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.
Homeopatia	Sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Fundamentada na Lei dos semelhantes (<i>Similia similibus curantur</i>): uma substância capaz de causar efeitos em um organismo, pode também curar efeitos semelhantes a estes num organismo doente. Utiliza medicamentos homeopáticos.
Plantas Mediciniais e Fitoterapia	Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origem muito antiga, relacionada aos primórdios da sociedade.
Termalismo – Crenoterapia	O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde, seja para recuperar ou tratar a saúde, assim como preservá-la. A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.
Medicina Antroposófica	Abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Dentre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica.

Fonte: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (p. 13-24)⁴.

O renascimento das “medicinas alternativas” pode ser entendido como um fenômeno social decorrente desse movimento. Por medicina alternativa entende-se racionalidades e práticas que partilham de uma perspectiva vitalista, centrada na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina o campo das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar / Alternativa (MT/MCA). Desde a década de 70 essa organização incentiva os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada de MT/MCA na Atenção Primária em Saúde³.

No Brasil, desde 2006, com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, tem-se buscado incorporar na Atenção Primária em Saúde as seguintes práticas: plantas medicinais – fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa – acupuntura, medicina antroposófica e termalismo-crenoterapia (Quadro 1)⁴.

Essas práticas buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade⁴.

Ao inserir as práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde, entende-se que a PNPIC contribui para a implementação do SUS, na medida em que favorece princípios fundamentais como: “universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (p. 3)⁵.

Por humanização entende-se a valorização de saberes e práticas dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS – foi implementada com vistas à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas no SUS⁶.

Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. A PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”: acolhimento, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; entre outros⁶.

Dessa forma, entende-se que as práticas integrativas e complementares e a humanização na Atenção Básica demandam, entre outras mudanças, uma revisão do processo de trabalho, sendo necessário repensar, por exemplo, o tempo dos atendimentos, a forma de abordagem dos profissionais com os usuários e também a relação da equipe de trabalho⁷.

Pode-se, então, afirmar que a inclusão de práticas integrativas e complementares na Atenção Básica tem ajudado a promover espaços de saúde mais humanizados? Para responder essa pergunta, esta pesquisa teve o objetivo de identificar como a incorporação de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde tem auxiliado a promover a humanização do cuidado.

MÉTODO

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) é um método de pesquisa que permite agrupar estudos primários, extraindo deles a melhor evidência científica⁸, com vistas a compreender o fenômeno e ampliar o conhecimento, favorecendo a sua aplicação na adoção de políticas e práticas; e nas tomadas de decisões em saúde⁹.

Nesta revisão, optou-se primeiro por identificar experiências de PIC na APS, para então analisar de que forma essas práticas estariam promovendo a humanização. No processo de coleta, o problema de pesquisa foi organizado a partir da estratégia PICo, sendo “P” para *patient or population* / paciente ou população, “I” para *intervention or area of interest* / intervenção ou área de interesse, “Co” para *context* / contexto: **P** – Profissionais da Atenção Primária em Saúde (*Primary Health Care Professionals*); **I** – Experiências de Práticas Integrativas e Complementares como um meio para facilitar cuidado humanizado (*Experiences of Complementary Therapies as a means to facilitate humanized care*); **Co** – Espaços de Atendimento da Atenção Primária (*Primary Health Care Settings*).

Dessa forma, ajustando o objetivo do estudo à estratégia PICo assim ficou definida a questão norteadora da revisão: *Na Atenção Básica, as práticas integrativas e complementares têm promovido a humanização?*

Foram utilizados os descritores ‘Atenção Primária em Saúde’ (*Primary Health Care*) e ‘Práticas Complementares’ (*Complementary Therapies*), por meio do conector AND, para direcionar a pesquisa nas duas bases de dados escolhidas: PubMed e EMBASE.

Para delimitar as práticas integrativas e complementares, optamos por utilizar aquelas apresentadas na PNPIC⁴, conforme já descrito: plantas medicinais – fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, termalismo-crenoterapia.

Foram considerados todos os artigos publicados até 2011, sendo que não foi delimitado um período inicial de coleta. Os idiomas de redação dos artigos aceitos foram: espanhol, inglês, italiano, francês e português.

O critério de *Inclusão* foi: artigos que apresentaram experiências de Práticas Integrativas e Complementares, no campo da Atenção Básica. Os critérios de *Exclusão* foram: artigos que não

abordaram as práticas elegidas; o contexto estar fora do campo da Atenção Básica.

Os dados foram organizados no gerenciador de referências bibliográficas Endnoteweb^a.

Na análise de dados, buscou-se identificar nas experiências de PIC na APS os valores e as “tecnologias” ou “modos de fazer” propostos na PNH, conforme descrição apresentada no Quadro 2.

Quadro 2. Descrição dos conceitos apresentados na Política Nacional de Humanização (PNH)

Conceito	Descrição
Acolhimento	Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação, quando necessário, com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência.
Autonomia	No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas próprias leis”. Designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde.
Clínica ampliada	Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.
Igualdade	O acesso às ações e aos serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.
Integralidade	Garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde e requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações) capaz de viabilizar uma atenção integral. Também se deve compreender a proposta de abordagem integral, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.
Protagonismo	É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.
Universalidade	O Estado tem o dever de prestar cobertura, atendimento e acesso ao SUS. Expressa que os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo e integral.
Vínculo	A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Fonte: HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS (p. 35-41)⁶.

Visto tratar-se de uma pesquisa documental, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS

Foram encontradas 1434 referências nas duas bases de dados selecionadas, a partir dos

descritores: ‘Atenção Primária em Saúde’ e ‘Práticas Complementares’. Dessas, 680 foram selecionadas pelo título e, a seguir, 15 foram selecionadas pelo resumo. Foram excluídas pesquisas realizadas em clínicas particulares, ou publicações promovidas por organizações não governamentais. Os artigos selecionados estão descritos no Quadro 3.

a. Disponível no site: www.myendnoteweb.com

Quadro 3. Lista dos artigos selecionados^b

N	Artigo	Tipo de Estudo
1	Chana HS, Schwab L, Foster A. <i>With an eye to good practice: traditional healers in rural communities. World Health tForum. 1994;15:144-6.</i>	Relato de experiência sobre um programa de atenção ocular (eyecare) na Província de Manicaland, no Zimbábue, que inclui curadores tradicionais que utilizam Fitoterapia na promoção de saúde da comunidade. Foram realizados encontros para promover troca de saberes e de experiências entre curadores tradicionais e médicos noruegueses.
2	Davidson JRT, Rampes H, Eisen M, Fisher P, Smith RD, Malik M. <i>Psychiatric disorders in primary care patients receiving complementary medical treatments. Comprehens Psych. 1998 Feb;39(1):16-20.</i>	Estudo descritivo que analisou a incidência de problemas psiquiátricos em uma população que recebe tratamento de Homeopatia e Antroposofia na APS na Inglaterra. Compara os dados com uma clínica particular nos EUA, mas esses resultados não foram incluídos nessa discussão. O diagnóstico mais comum encontrado foi depressão, referente a 50 sujeitos (80% mulheres) da grande Londres.
3	Warburton B, Emanuel J, Elton P, Ruane M. <i>The relationship between research and service development: an illustrative example of a pilot study introducing complementary therapies into primary care. Br J Clin Gov. 1999;4(2):50-6.</i>	Relato de Experiência de grupo focal realizado entre profissionais da APS e gestores (Inglaterra) para avaliar a indicação e efetivação da Acupuntura e outras práticas e discutir como resolver problemas decorrentes. Propõe como medidas: discutir a implantação antes de efetivar os serviços, discutir evidências e pesquisas com a equipe de saúde, a importância do gestor.
4	Vas J, Perea-Milla E, Méndez C. <i>Acupuncture and moxibustion as an adjunctive treatment for osteoarthritis of the knee – a large case series. Acupuncture Med. 2004;221(1):23-8.</i>	Estudo de caso para avaliar a resposta da MTC (acupuntura, moxibustão, auriculoterapia) em 563 pacientes com osteoartrite crônica no joelho que realizavam tratamento na Unidade de Controle da Dor (Andalusia, Espanha), que faz parte da APS. Utilizou protocolos de tratamento. 75% dos sujeitos reportaram melhora maior de 45% em relação ao início do tratamento, e ao mesmo tempo diminuíram o uso de analgésicos e anti-inflamatórios.
5	Dresang LT, Brebrick L, Murray D, Shallue A, Sullivan-Vedder L. <i>Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. J Am Board Fam Pract. 2005;18:297-303.</i>	Estudo descritivo apresentou o sistema de saúde de Cuba e a incorporação de Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia e outras práticas (injeção em pontos-gatilho, massagem, terapia quente, yoga, meditação, etc.) na APS. Apresentou lista de referências para fitoterapia. Comparou dados também com o Sistema de Saúde dos Estados Unidos.
6	Ross S, Simpson CR, McLay J. <i>Homeopathic and herbal prescribing in general practice in Scotland. Br J Clin Pharmacol. 2006;62(2):647-52.</i>	Estudo descritivo que avaliou prescrições de 323 médicos (<i>General Practice</i>) de Homeopatia e Fitoterapia na APS na Escócia. 60% dos GP prescreveram homeopatia e 30% fitoterapia para 4160 pessoas em um ano, na maioria pacientes entre 50 anos e mais de 70% mulher. Os homeopáticos mais prescritos foram: <i>Arnica montana, Rhustoxicodendron, Cuprummetallicum, Pulsatilla, Sepia</i> . Os fitoterápicos mais prescritos foram: <i>Gentian, Cranberry, Digestodoron, EveningPrimrose, Laxadoron</i> .
7	Rossi E, Baccetti S, Firenzuoli F, Belvedere K. <i>Homeopathy and complementary medicine in Tuscany, Italy: integration in the public health system. Homeopathy. 2008;97:70-5.</i>	Relatório que apresentou como a Homeopatia, Acupuntura e Fitoterapia foram incluídas na APS na região da Toscana, Itália. Dentre os resultados, destacou como o governo financiou medicina natural em outros países, incluiu a prática veterinária, fez treinamento do pessoal da APS em PIC e a possibilidade de usar águas termais. Avaliou a qualidade do serviço pelo tipo de doença tratada e também pela diminuição do uso de medicamentos.
8	Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos	Relatório sobre o Projeto Quatro Varas, criado no município de Fortaleza-CE, Brasil, que promove, além de outras práticas, o Programa Farmácias Vivas: plantas medicinais em todos os espaços.
9	Terapias Integrativas fazem história em Campinas	Relatório sobre os programas de Homeopatia e Fitoterapia e MTC (práticas corporais: <i>Tai Chi Chuan</i> e <i>Lian Gong</i>) no município de Campinas-SP, Brasil.

b. Os Artigos 8-15, de autores não especificados, estão publicados em uma Edição Especial da Revista Brasileira de Saúde da Família – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: uma Realidade no SUS. 2008 Mai;20-57. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf

Quadro 3. Lista dos artigos selecionados (continuação)

10	Automassagem, benefício coletivo	Relato de Experiência sobre a introdução da prática corporal de MTC (<i>Do-in</i>) e Homeopatia na APS na cidade de Itajaí-SC, Brasil.
11	<i>Lian Gong</i> : uma conquista coletiva no interior de São Paulo	Relato de Experiência sobre a prática corporal de MTC (<i>Lian Gong</i>) nas Unidades Básicas de Saúde e em outros espaços comunitários do município de Suzano-SP, Brasil.
12	Medicina Antroposófica a serviço do ser humano	Relato de Experiência do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) na cidade de Belo Horizonte-MG, Brasil.
13	São João Del Rei prova que a tradição é uma conquista e luta para manter a medicina antroposófica	Relato de Experiência sobre o período que foram realizados atendimentos de Medicina Antroposófica na Unidade Básica de Saúde e as dificuldades para manter o serviço, em São João Del Rei-MG, Brasil.
14	Vitória: fitoterapia nas Unidades Básicas de Saúde	Relato de Experiência sobre a inserção da Fitoterapia na APS. A Secretaria Municipal de Saúde oferece cursos de capacitação aos profissionais da APS, é realizado o Programa Cultivando Saúde – Horta em Casa, o usuário pode encontrar na UBS de Vitória-ES, Brasil, uma vasta lista de fitoterápicos previstos no Manual Municipal do uso de plantas medicinais (Calêndula, Camomila, Carqueja, Erva Baleeira, Espinheira Santa, Guaco, Melissa, Mentrasto, Mil-Folhas, Mulungu, Passiflora, Quebra-Pedra, Tanchagem).
15	Acupuntura e fitoterapia no acompanhamento do Climatério	Relato de Experiência sobre o período que foram realizados atendimentos de Acupuntura e Fitoterapia na Unidade Básica de Saúde do Município de Rodrigo Alves-AC, Brasil, e as dificuldades para manter o serviço.

Nessas experiências de PIC na APS, buscou-se identificar os valores e as “tecnologias” ou “modos de fazer” propostos na PNH. Foram encontrados os seguintes atributos nas experiências selecionadas:

Acolhimento e Autonomia

A relação entre as PIC e o Acolhimento e a Autonomia ficou evidente nas publicações brasileiras (Artigos 8-15) e cubana (Artigo 5), mas não foi citada nas demais experiências internacionais. Por exemplo, o *Do-in* (Medicina Tradicional Chinesa)

vem surtindo um efeito benéfico desde que foi implantado e hoje é utilizado em várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade e também no acolhimento e nas pré-consultas como forma de ir preparando o paciente. (Artigo 10)

O respeito e estímulo à autonomia do paciente, com o autocuidado, estão presentes nos seguintes relatos de profissional e paciente, respectivamente:

Além de fazer o diagnóstico, é preciso saber conversar com o paciente, ouvir a queixa dele, tentar reduzir a prescrição de medicamentos e oferecer opções de tratamentos (...) Sentia fortes dores na coluna, então a médica

me encaminhou para o Lian Gong. Já faço há quatro anos e associo a prática a caminhadas. As dores diminuíram muito. (Artigo 9)

Na experiência cubana, que já inclui a PIC na formação dos profissionais da saúde, esse respeito também é destacado:

Em Cuba, os médicos da família são provocados a olhar para os pacientes no contexto da família e da comunidade. Os registros médicos são organizados pela família. (Artigo 5)

Clínica Ampliada

Uma vez que os artigos discutem a implantação de PIC na APS, pode-se entender que esse atributo está presente. Sendo assim, os artigos demonstraram essa ferramenta na prática, ampliando o cuidado em saúde para além dos espaços da UBS (Artigo 10), por meio da integração da equipe multidisciplinar (Artigos 1, 9 e 12), ao elaborar projetos terapêuticos singulares (Artigos 4 e 5), construção de vínculo (Artigo 8) e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (Artigo 14).

Os seguintes relatos de profissionais destacam esse achado:

Minha área de atuação tem um pessoal muito necessitado (...) são pessoas que vivem sob

muita pressão, com muitos problemas, por isso nem sempre podem vir à UBS, mas então eu vou à comunidade e formo, lá mesmo, turmas para a prática do Do-in. (Artigo 10)

Procuramos manter nossa farmácia sempre abastecida de medicamentos tanto alopáticos, quanto fitoterápicos, dando essa possibilidade de escolha ao usuário. (Artigo 14)

Igualdade

Quanto ao acesso aos serviços, visto que as práticas são oferecidas na APS, também todos os artigos apresentaram esse atributo.

Essa é uma possibilidade de ofertar o serviço a uma população que nunca teve acesso à homeopatia e uma tentativa de mudança da ótica tão medicalizada e industrializada da saúde, à qual a população está acostumada. (Artigo 10)

Vale destacar o foco na promoção de saúde da experiência cubana (Artigo 5) e também das experiências brasileiras (Artigos 8-15), especialmente com o desenvolvimento de práticas corporais da MTC (*Lian Gong e Tai Chi Chuan*); além da oferta de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (Artigos 2 e 6) e de serviços de acupuntura na Espanha (Artigo 4); inclusive com atenção de PIC na prática veterinária na região de Toscana, na Itália (Artigo 7).

Integralidade

Superar a fragmentação do cuidado e observar os sujeitos dentro das dimensões biopsicossociais foi relatado na maioria das experiências (Artigos 1, 3, 4, 5, 8-15). A dificuldade de pesquisar dentro desse “modo de fazer” foi destacada pelo estudo de Andaluzia (Artigo 4), ao apresentar as dificuldades de realizar um estudo de caso que considerasse as singularidades dos sujeitos que sofriam de uma mesma doença e, por consequência, as particularidades de cada tratamento.

Todavia, a integralidade não foi percebida no Artigo 7, pois, nesse caso, a avaliação de qualidade dos serviços dependia da diminuição de consumo de medicamentos e os tipos de doenças tratadas. Tampouco no Artigo 2, uma vez que nessa experiência os sujeitos eram classifica-

dos dentro de diagnósticos biomédicos, que não permitiam uma abordagem integral da situação de saúde, ainda que a proposta terapêutica fosse PIC. No Artigo 6, também não foi percebida uma atenção integral, pois foi relatado que “*remédios homeopáticos eram utilizados como placebo nos pacientes jovens e muito preocupados*”.

Protagonismo

Fomentar a participação dos sujeitos no seu processo de saúde foi notado em relação aos usuários dos serviços (Artigos 2, 8-13, 15), como por exemplo, o Programa ‘Horta em Casa’, a disponibilização de listas de fitoterápicos e plantas medicinais (Artigo 6, 14) e diminuição do uso de analgésicos e anti-inflamatórios (Artigo 4, 7).

Ademais, autonomia foi percebida também em relação aos profissionais de saúde, que puderam participar de encontros com os cuidadores locais para trocar informações e práticas (Artigo 1), com os gestores para discussão de problemas (Artigo 3) e de cursos na área de PIC (Artigo 7). Além de fomentar pesquisas (Artigo 3) e promover o ensino de PIC para os alunos de graduação (Artigo 5).

Universalidade

O dever de prestar cobertura foi atendido no caso dos artigos do Reino Unido e de Cuba (2, 3, 5 e 6). Todavia, quando essas experiências eram locais esse atributo ficou prejudicado, como é o caso dos seguintes países: Zimbábue (Artigo 1), Espanha (Artigo 4), Itália (Artigo 7) e Brasil (8-15). Destaca-se que no Brasil, Espanha, Reino Unido e Cuba os sistemas de saúde são universais e públicos. Vale ressaltar, também, que a experiência italiana de promover PIC na APS incluiu ampliar a proposta para além do território nacional e financiar projetos de desenvolvimento de medicina homeopática e natural em países do Hemisfério Sul.

Vínculo

O encontro capaz de gerar uma relação de respeito e ajuda mútua foi percebido nas experiências relatadas nos artigos selecionados. Entretanto, em dois casos no Brasil (Artigos 13 e 15) essa aproximação foi interrompida visto que os serviços de PIC na APS foram suspensos. No caso

do Zimbábue (Artigo 1), essa relação também não foi continuada, visto que os profissionais de saúde que foram interagir com os curadores tradicionais eram de outro país e após a partida, essa relação modificou-se.

Discussão

A inserção da Homeopatia, MTC, Antroposofia e Fitoterapia na APS tem contribuído para a humanização do cuidado em saúde. Entretanto, algumas experiências ainda encontram dificuldades nos “modos de fazer” dessas práticas, como acolhimento, autonomia, integralidade e vínculo, além de outros obstáculos que aparecem na implantação desses serviços, como financiamento pelos sistemas de saúde, interesse e conhecimento por parte dos profissionais¹⁰.

Estudos em diferentes realidades já demonstraram que os profissionais de saúde se sentem mais à vontade de recomendar serviços de PIC quando o utilizam ou conhecem e, especialmente, quando existe evidência científica sobre a prática¹⁰. Por isso vale destacar o aumento de cursos de graduação em saúde que já incluem essas PIC no currículo e também estratégias de implantação desses serviços na APS, que incluem o treinamento dos profissionais de saúde¹¹. Ressalta-se, porém, que ainda não fazem parte dos currículos de formação dos profissionais da saúde e nem são cobertas de seguro médico¹².

Estudo com revisão sistêmica da literatura sobre as práticas integrativas e complementares no ensino médico chega a propor que nos cursos poderiam ser montadas disciplinas clínicas respeitando-se diferentes aspectos filosóficos e paradigmáticos, observando-se que para cada nível de complexidade haveria várias maneiras de manter e restabelecer a saúde. O uso dos dois sistemas médicos e, portanto, dos paradigmas cartesiano e holístico, poderia tornar viável uma medicina com maior conhecimento técnico e filosófico, menos preconceito e maior capacidade de aceitar diferenças¹¹.

Todavia, conforme foi indicado nas experiências desta pesquisa, é complexo pesquisar, dentro dos parâmetros da ciência biomédica, diferentes racionalidades médicas e práticas em saúde. São constantes os embates entre profissionais em relação às pesquisas na área. Muitas vezes, as metodologias aceitas pela sociedade

científica, principalmente a ocidental, não são ferramentas adequadas na avaliação. São apontadas barreiras potenciais para o uso de Ensaio Clínicos Controlados Randomizados em práticas complementares, como os diferentes conceitos de saúde e doença, falta de concordância entre critérios diagnósticos, visões contrastantes entre o processo terapêutico e diferentes teorias sobre a etiologia das doenças. A mera transferência da concepção de pesquisa científica ocidental, segundo princípios positivistas, pode estar em desacordo com os fundamentos holísticos nos quais as práticas complementares se estruturam. Seriam muito mais problemas paradigmáticos, de transição de diferentes visões de mundo, do desafio de integração desses conhecimentos, do que propriamente a falta de evidência e efetividade clínica das práticas¹². Vale lembrar que as PIC não retornam ao atendimento oficial de saúde por falta de evolução na ciência, mas sim pela dificuldade de atender os pacientes de maneira integral e humanizada². Assim, o desafio é conseguir pesquisar de modo a considerar as singularidades dessas práticas e as particularidades de cada sujeito.

Ademais, é necessário criar ferramentas para garantir a oferta de PIC na APS. A realidade do atendimento em saúde, atualmente, ainda opera um cuidado dominado essencialmente pelo modelo biomédico hegemônico. A Enfermagem, ressalta-se, tem sido executora e parte dessa estrutura, em ações tecnicistas, tornando-se limitada em promover um cuidado que se estruture a partir dos aspectos individuais da pessoa tratada¹³. A experiência na Toscana (Artigo 7) demonstrou como é importante o engajamento do gestor na mobilização da equipe de saúde sobre as PIC, uma vez que não basta resultados positivos e diminuição de custos para influenciar a decisão dos gestores sobre o financiamento de PIC¹⁴.

O processo de produção em saúde é complexo, depende de condições biopsicossociais e de valores culturais. Assim, incluir as PIC, de maneira humanizada e integral, é favorecer a reflexão dos sujeitos em relação à sua saúde e condição de vida. Porém, pensar o cuidado dessa maneira é trabalhoso, demanda mais tempo de consulta, conversa e encontros⁷, mas é valioso ao considerar o outro como sujeito autônomo e res-

ponsável pela produção de sua saúde.

O cuidado que promove o resgate pelo indivíduo da sua capacidade natural de autopromoção de saúde é um cuidado humanizado². Essa perspectiva vai na contramão de uma atenção em saúde especializada e fragmentada, todavia ambas as vertentes não são excludentes. No caso da APS, deve-se operar com tecnologias de encontros¹⁵, baseadas na densidade das relações subjetivas¹⁶, como o acolhimento, escuta, elaboração de projeto terapêutico singular, entre outros.

A introdução das PIC pode contribuir para isso, desde que não se repita na APS a dinâmica controladora dos ambientes hospitalares¹⁷, tampouco se fragmente as PIC como especialidades. Deve-se recuperar uma prática de cuidado libertadora, organizada em uma lógica usuário-centrada, que permita construir vínculos, entre trabalhadores e comunidade, e intervenções, a partir de necessidades individuais e coletivas¹⁵.

O ideal para incluir as PIC na APS é pensar dentro da lógica de cuidado humanizado e, para tal, deve-se considerar: fomentar pesquisas sobre PIC (Artigo 6), inserir PIC nos cursos de graduação (Artigo 5) e em treinamentos de profissionais de saúde (Artigo 6 e 7), promover a colaboração internacional (Artigo 7), aproximar curadores tradi-

cionais e profissionais da APS (Artigo 1) e organizar lista de fitoterápicos e plantas medicinais recomendadas pelos sistemas de saúde (Artigos 5, 6 e 14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa permitiu apresentar evidências sobre como as PIC relacionadas na PNPIC, com exceção do termalismo-crenoterapia, favorecem o cuidado humanizado na APS. Porém, somente duas bases de dados foram incluídas, indicando que novas pesquisas devem ser realizadas, ampliando as bases de dados e também os descritores.

Estudos como esse podem oferecer evidências de como as PIC na APS devem ser implantadas, considerando como esse processo deve ser realizado, com vistas a promover um cuidado humanizado e melhorar a qualidade da assistência em saúde.

Alerta-se, porém, sobre a importância das revisões de abordagem predominantemente tradicionais nas atuais instituições de ensino, cujas propostas metodológicas não apontam para o desafio de transformação no setor da saúde, dificultando a viabilização, a operacionalização e a consolidação do próprio SUS.

REFERÊNCIAS

1. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
2. Queiroz MS. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva teórica introdutória. In: Nascimento MC, organizador. As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. OMS. Organização Mundial de Saúde. Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Genebra: OMS; 2006.
4. Brasil. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, atualiza a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Scholze AS, Duarte Jr CF, Flores e Silva Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface Comun Saude Educ. 2009 Dez;13(31):303-14.
8. Cochrane. Centro do Brasil. [acesso 15 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.centrocohranedobrasil.org.br/>
9. Lopes ALM, Fraccolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008 Dez;17(4):771-8.
10. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre Terapias Complementares. Rev Saúde Pública. 2011;45(2):249-57.
11. Christensen MC, Barros NF. Práticas integrativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática da literatura. In: Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011. cap 1, p. 29-44.

12. Salles LF, Kurebayashi LFS, Silva MJP. As práticas complementares e a Enfermagem. In: Salles LF, Silva MJP, organizadores. Enfermagem e as práticas complementares em saúde. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2011. cap 1, p. 1-18.
13. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de Enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):261-5.
14. Wye L, Shaw A, Sharp D. Evaluating complementary and alternative therapy services in primary and community care settings: a review of 25 service evaluations. Complement Therap Med. 2006;14:220-30.
15. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2007.
16. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética amplificada. Mundo Saúde. 2009;33(2):195-204.
17. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.