

Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica: uma revisão sistemática*

ROLE OF COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE UNDERSTANDING OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS: A SYSTEMATIC REVIEW

PAPEL DE PRÁTICAS COMPLEMENTARIAS EN LA COMPRESIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Mariana Cabral Schweitzer¹, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli²

RESUMO

Objetivo: Identificar a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao papel das práticas complementares na Atenção Básica. **Método:** Revisão sistemática cujas fontes de informação foram: PubMed, CINAHL, PeriEnf, AMED, EMBASE, Web of Science, PsycInfo e PsicoDoc, utilizando o descritor Atenção Básica associado, isoladamente, aos seguintes descritores: Plantas Medicinais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, Medicina Antroposófica. **Resultados:** Incluíram-se 22 estudos entre 1986-2011. Identificaram-se três estilos de prática: medicina convencional, práticas integrativas e medicina integrativa. Posicionar a prática profissional dentro desses três estilos pode facilitar a discussão de concepções de saúde e cuidado, ampliando o cuidado. **Conclusões:** O processo de trabalho na Atenção Básica apresenta dificuldades para a realização de cuidado integrativo e holístico, mas essa prática vem sendo introduzida com profissionais que integram medicina convencional e práticas complementares, preocupados com o cuidado e o bem-estar do paciente.

DESCRITORES

Enfermagem
Pessoal de saúde
Terapias complementares
Atenção Primária à Saúde
Revisão

ABSTRACT

Objective: To identify the understanding of the healthcare professionals in relation to the role of complementary practices in primary health care. **Method:** Systematic review by way of the following information sources: PubMed, CINAHL, PeriEnf, AMED, EMBASE, Web of Science, PsycInfo and PsicoDoc, using the keyword Primary Health Care alone, and associated with the following keywords: Medicinal Plants, Herbal Medicine, Homeopathy, Traditional Chinese Medicine, Acupuncture, Anthroposophical Medicine. **Results:** Twenty-two studies from 1986 to 2011 were included. We identified three styles of practice: conventional medicine, integrative practices and integrative medicine. Positioning professional practices within these three styles may facilitate discussion of concepts of health care, enhancing the health care provided as a result. **Conclusions:** The work process in primary care presents difficulties for conducting integrative and holistic health care, but this practice has been introduced over time by professionals who integrate conventional medicine and complementary practices, concerned with the care and well-being of patients.

DESCRIPTORS

Nursing
Healthcare personnel
Complementary therapies
Primary health care
Revision

RESUMEN

Objetivos: Identificar la comprensión de los profesionales sobre el papel de las prácticas complementarias en la atención primaria. **Método:** Revisión sistemática. Fuentes de datos: PubMed, CINAHL, PeriEnf, AMED, EMBASE, Web of Science, PsicoDoc y PsycInfo. Descriptor Atención Primaria se asoció solo a los siguientes descriptores: plantas medicinales, fitoterapia, homeopatía, acupuntura, medicina tradicional china, medicina antroposófica. **Resultados:** Se incluyeron 22 pesquisas entre 1986-2011. Tres estilos de práctica se identificaron: medicina convencional, medicina integrativa y Terapias Complementarias. Identificar la práctica profesional dentro de estos tres estilos puede facilitar la discusión de los conceptos de salud y la atención, mejorar la atención. **Conclusiones:** El proceso de trabajo en atención primaria presenta dificultades para realización de integración y atención integral, pero esta práctica se ha introducido con profesionales que integran medicina convencional y complementaria, ocupados con la atención y bienestar del paciente.

DESCRIPTORES

Enfermería
Personal de salud
Terapias complementarias
Atención Primaria de Salud
Revisión

* Extraído do trabalho "Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática", 1ª Mostra de Trabalhos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013. ¹ Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ² Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A incorporação de práticas integrativas e complementares nos sistemas de saúde vem sendo promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1970 e vários países têm desenvolvido políticas públicas para integrar essas práticas na Atenção Primária em Saúde (APS)⁽¹⁻³⁾.

Em 2006, publicou-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa. Esses sistemas e recursos, cujas racionalidades consideram a visão integral do ser humano, do processo saúde-doença, a promoção global do cuidado humano e o autocuidado, têm abordagens estimuladoras dos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por intermédio da integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Contemplam: Plantas Medicinais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional chinesa, Acupuntura, Medicina antroposófica e Termalismo-Crenoterapia⁽²⁾.

A aprovação da PNPIC desencadeou o desenvolvimento de políticas, programas, ações e projetos, nas três esferas de governo, para institucionalização das práticas complementares, levando ao SUS o que antes era restrito aos usuários da rede privada ou conveniada de saúde. Todavia, a incorporação dessas práticas ainda gera desconfortos e dúvidas para os profissionais de saúde. A tomada de decisão na prática do cuidado de enfermagem deve incorporar progressivamente as evidências de revisões sistemáticas, na assistência, gerenciamento, ensino e investigação⁽⁴⁾. Assim, este estudo objetivou identificar a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao papel das práticas integrativas e complementares na APS.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão sistemática por permitir agrupar estudos primários para extrair deles a melhor evidência científica, a fim de possibilitar sua translação para políticas, práticas e decisões em saúde⁽⁵⁾.

A busca foi feita entre os anos 2012 e 2013, nas bases: PubMed, CINAHL, PeriEnf, AMED, EMBASE, Web of Science, PsycInfo e PsicoDoc. As referências dos artigos selecionados nessa revisão serviram de fonte para novas inclusões, no processo conhecido como *referência da referência*⁽⁶⁾.

Na coleta, organizou-se o problema de pesquisa a partir da estratégia PICo, sendo *P* para *patient*/paciente, *I* para *intervention*/intervenção, *Co* para *context*/contexto: **P** – Profissionais da Atenção Primária em Saúde (*Primary Health Care Professionals*); **I** – Experiências de Práticas Integrativas e Complementares (*Experiences of Complementary Therapies*); **Co** – Espaços de Atendimento da Atenção Primária (*Primary Health Care Settings*).

Ajustando o objetivo do estudo à estratégia PICo, definiu-se como questão norteadora da revisão: *Qual a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao papel das práticas integrativas na Atenção Básica?*

Para delimitar as práticas integrativas e complementares utilizaram-se as apresentadas na PNPIC⁽³⁾: plantas medicinais (fitoterapia), homeopatia, medicina tradicional chinesa (acupuntura), medicina antroposófica e termalismo-crenoterapia.

Para a coleta de dados utilizaram-se descritores controlados. Associou-se o descritor Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica aos demais, separadamente: Plantas Mediciniais, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica e Banhos. Incluíram-se os artigos em inglês, português e espanhol, de 1986-2011.

Os critérios de inclusão foram: artigos relacionados a atitudes/crenças de profissionais da Atenção Básica em relação ao uso/prática de Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Excluíram-se artigos sobre práticas não contempladas na PNPIC; custos, eficácia ou qualidade de PIC; pacientes ou alunos que usam PIC; estudos feitos na área hospitalar.

Organizaram-se os artigos no gerenciador de referências Endnoteweb®. Cada artigo recebeu um número de identificação. Os artigos referentes a um mesmo estudo foram tratados conjuntamente e receberam um único número de identificação.

Dois revisores independentes avaliaram os artigos e a seleção final deu-se por consenso, a partir do confronto da avaliação de cada um. Organizou-se a análise dos resultados por meio de uma versão modificada do Guia de Extração de Dados de Estudos Quantitativos e Qualitativos⁽⁷⁾. Esse instrumento orienta como transformar dados brutos em dados que podem ser sistematicamente combinados e analisados. A modificação feita para este estudo foi revisada e aprovada pelas proponentes do Guia.

Os dados foram organizados em categorias empíricas que emergiram da análise. Dois revisores independentes avaliaram as categorias em seu escopo e definição, sendo as discordâncias solucionadas por consenso. A frequência das categorias (*frequency effect size*) demonstra o impacto de cada uma na revisão e resulta da divisão do número de estudos em cada categoria pelo total de estudos incluídos na revisão⁽⁶⁾.

Como preconizado para as revisões sistemáticas que visam à metassíntese por integração de resultados de estudos qualitativos e quantitativos (*Mixed research synthesis*)⁽⁷⁾, estes tiveram seus achados *qualificados*, isto é, converteram-se os achados dos estudos quantitativos para forma qualitativa a fim de combiná-los por temas com os achados dos estudos qualitativos. Em outras palavras, trataram-se os achados quantitativos de maneira temática para compor as categorias empíricas. Esse procedimento permitiu o agrupamento dos achados de ambos os tipos de estudos em categorias

empíricas temáticas para a metassíntese. A reinterpretação dos achados primários dos artigos incluídos em revisões que agregam estudos primários quantitativos e qualitativos permite a assimilação e agrupamento de ambos os tipos de dados nos mesmos grupos de categorização, por meio de análise qualitativa que leva à metassíntese por desenho integrado (*Mixed research synthesis by intergrated design*)⁽⁸⁾.

Por ser uma revisão sistemática, o estudo dispensa a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No total, a revisão incluiu 54 estudos: 44 qualitativos e 10 quantitativos (Figura 1), cujos achados agruparam-se em 23 categorias. Esses estudos ocorreram entre 1986-2011, sendo publicados em inglês (51), espanhol (1) e português (2). Neste artigo, apresentam-se somente três das categorias relativas à compreensão dos profissionais quanto ao papel das PIC na APS, sintetizadas a partir dos achados de 22 estudos, dos 54 incluídos na revisão.

As categorias ora apresentadas mostravam, em relação às demais, expressivo *frequency effect size*. São: Concepções de saúde e cuidado (31%); Papel dos profissionais em relação às práticas integrativas e complementares (11%); e Percepções sobre práticas em saúde (18%). As demais categorias serão tratadas em publicações futuras.

Devido ao formato dos periódicos, é comum dividir a publicação dos achados de um mesmo estudo em mais de um artigo. Para a revisão sistemática, interessam os estudos, por isso os artigos relativos ao mesmo estudo foram tratados conjuntamente. Daí a discrepância entre número de artigos (25)⁽¹⁰⁻³⁶⁾ e estudos (22).

As três categorias discutidas neste artigo derivam de 22 estudos, que somam 4.840 profissionais da APS, principalmente médicos e enfermeiros, da: África do Sul, Alemanha, Austrália, Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Inglaterra, Países Baixos, Reino Unido, Suíça, Nova Zelândia e Tasmânia (Quadro 1).

Quadro 1 – Estudos que discutiram papel, percepções e concepções dos profissionais de saúde em relação às práticas integrativas e complementares na Atenção Básica – São Paulo, 2014

ID	Método	Características dos profissionais da Atenção Básica	Categorias
E1 ⁽¹⁰⁾	Entrevista	25 médicos com treinamento em PIC	Concepções
E3 ⁽¹¹⁾	Questionário	222 médicos generalistas	Percepções
E9 ⁽¹²⁾	Entrevista e Grupo Focal	4 médicos homeopatas e 9 médicos	Concepções, Percepções
E14 ⁽¹³⁻¹⁴⁾	Questionário	290 médicos generalistas	Concepções
E20 ⁽¹⁵⁾	Questionário	624 médicos e 157 ginecologista-obstetras e enfermeiros	Percepções
E21 ⁽¹⁶⁾	Entrevista, Estudo de Caso e Grupo Focal	14 médicos e 15 praticantes de PIC	Concepções, Percepções
E22 ⁽¹⁷⁾	Questionário	166 médicos generalistas	Papel
E23 ⁽¹⁸⁾	Entrevista e Estudo de Caso	13 médicos e 8 praticantes de PIC	Concepções, Percepções
E26 ⁽¹⁹⁻²²⁾	Informações Eletrônicas	38 médicos antroposóficos	Concepções, Percepções, Papel
E27 ⁽²³⁾	Questionário	1027 médicos de família	Papel
E28 ⁽²⁴⁾	Grupo Focal	16 médicos generalistas	Papel, Percepções

Continua...

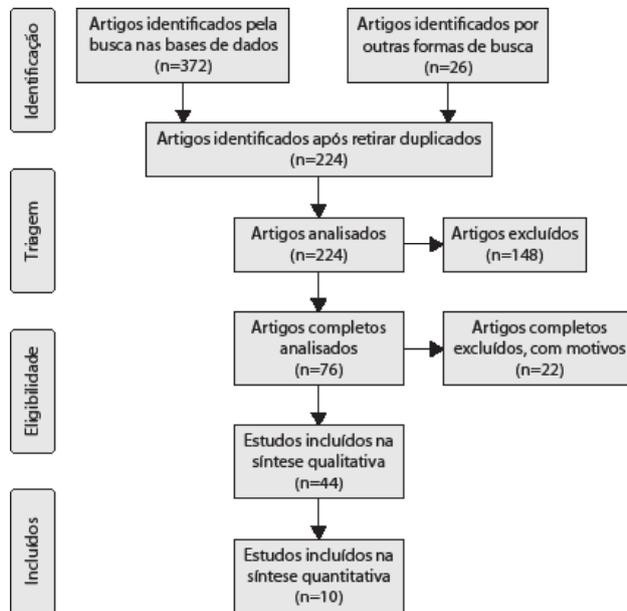


Figura 1 – Diagrama do processo de inclusão e exclusão do total de estudos na revisão sistemática⁽⁹⁾.

Concepção de saúde e cuidado

Essa categoria agrupou os resultados sobre concepções dos profissionais quanto a saúde, cuidado, doença, cura e AB, em relação às práticas complementares.

Médicos antroposóficos e generalistas relacionaram PIC à união de terapias complementares, biomedicina e terapias naturais; cuidado e saúde com prevenção de doenças, menos efeitos colaterais, dependente do terapeuta, uso de tecnologias leves e consideração do contexto biopsicossocial (E26, E28).

Médicos generalistas e profissionais de PIC relacionaram cuidado e saúde em PIC com Medicina Integrativa; centrada no paciente, eficiente e segura para a APS, embora considerem que tanto as práticas complementares como a medicina convencional não provenham atenção satisfatória (E21).

ID	Método	Características dos profissionais da Atenção Básica	Categorias
E33 ⁽²⁵⁾	Questionário	710 médicos com e sem certificação em PIC	Concepções
E34 ⁽²⁶⁾	Questionário	249 médicos generalistas	Concepções
E35 ⁽²⁷⁾	Grupo Focal	28 médicos de família sem certificação em PIC	Concepções, Percepções, Papel
E36 ⁽²⁸⁾	Questionário	84 enfermeiras	Percepções, Papel
E39 ⁽²⁹⁾	Questionário	300 médicos generalistas	Concepções, Percepções
E40 ⁽³⁰⁾	Entrevista	27 médicos generalistas	Concepções, Percepções
E42 ⁽³¹⁻³²⁾	Entrevista e Grupo Focal	60 profissionais (médicos, enfermeiros, assistente do médico)	Concepções, Papel
E46 ⁽³³⁾	Questionário	177 profissionais (médicos e enfermeiros)	Concepções
E50 ⁽³⁴⁾	Questionário	360 médicos generalistas	Concepções, Papel
E51 ⁽³⁵⁾	Questionário	145 médicos generalistas	Concepções, Papel
E54 ⁽³⁶⁾	Questionário	69 profissionais sem treinamento em PIC (médicos e enfermeiros)	Concepções

Médicos e profissionais de PIC relacionaram cuidado e saúde em PIC com consideração das dimensões físico-social-espiritual, sentimentos, harmonia, mente-corpo, holismo, singularidade; da necessidade de ter padrões de interações profissionais e empoderar os pacientes (E23, E35). Médicos com e sem certificação em PIC relacionaram cuidado e saúde em PIC com aspectos éticos da assistência, consideração pelo contexto biopsicossocial, relação holística médico-paciente, satisfação do paciente e qualidade de vida (E33).

Médicos e enfermeiros de unidades básicas de saúde relacionaram cuidado em PIC com promoção de saúde, autocuidado, relação médico-paciente, compreensão ampliada de saúde e doença (E40, E46). Profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, relacionaram cuidado e saúde em PIC com crenças e práticas espirituais, intuição e nutrição (E42, E54).

Médicos generalistas relacionaram cuidado em PIC com individualização, singularidade do atendimento, controle; e práticas integrativas com o holístico e diferentes modelos de doença, em oposição às categorias generalizadas de doenças (E1, E3, E51). Médicos generalistas relacionaram cuidado em PIC com corresponsabilização dos pacientes; não as relacionaram com estímulo de poderes terapêuticos naturais do organismo (E50).

Médicos generalistas relacionaram cuidado em PIC com relação médico-paciente, mas não consideraram a visão dessas práticas mais holística do que a medicina convencional (E34, E39). Médicos generalistas com atitudes favoráveis à PIC valorizaram práticas com abordagem holística (E14).

Papel dos profissionais em relação às práticas integrativas e complementares

Essa categoria incluiu os resultados sobre a compreensão dos profissionais quanto a seu papel nas práticas complementares na APS. Notam-se visões distintas no discurso de médicos e enfermeiros.

Os entendimentos dos médicos dividiram-se entre domínio do conhecimento em PIC e deixar isso para os profissionais de PIC. Concordaram sobre: importância de ter uma rede de referência e boas relações com profissionais de PIC (E50, E22); a necessidade de integrar os serviços (E28), e o respeito mútuo das práticas complementares e medicina convencional (E51).

Os enfermeiros tenderam à compreensão de que seu papel é ajudar os pacientes a escolher entre as diferentes PIC, entender e respeitar os sistemas de valores e o bem-estar do paciente (E36).

Percepções sobre práticas de saúde

Essa categoria incluiu resultados sobre a compreensão e a discussão dos profissionais quanto às práticas de saúde, em relação à medicina convencional e às PIC.

Em relação à prática da medicina convencional, médicos homeopatas relataram fracasso, aborrecimento e limitações da AB (E9). Quanto às PIC, os profissionais, com e sem formação nessas práticas, relataram-nas como holísticas (E20), alternativas à biomedicina (E9), capazes de oferecer benefícios não atingíveis com a medicina convencional (E39).

Os resultados mostraram percepções quanto à prática de medicina integrativa, que reúne aspectos das PIC e medicina convencional. Os profissionais relataram o uso de PIC como adicional à Biomedicina (E3), pois entendem que ambas são integrais (E9), sofrem com a fragmentação da Medicina Baseada em Evidências (E35) e pelos riscos aos pacientes (E28). Médicos ocidentais utilizam plantas medicinais (E40); médicos antroposóficos prescrevem, ainda que em menor escala, medicamentos farmacológicos (E26) e praticantes de PIC valorizam o diagnóstico biomédico (E21).

DISCUSSÃO

As concepções dos profissionais sobre saúde e cuidado em relação às práticas complementares variaram. Houve os que relacionaram PIC com a individualização do cuidado, a relação profissional-paciente, o autocuidado, as tecnologias leves e o contexto biopsicossocial-espiritual dos pacientes. Profissionais sem formação em PIC não relacionaram essas práticas com o estímulo de poderes terapêuticos naturais do organismo nem tampouco as consideraram mais holística do que a medicina convencional.

As racionalidades das medicinas antroposófica, homeopática e tradicional chinesa compreendem a saúde como equilíbrio das forças vitais e o processo saúde-doença-cuidado como cíclico e natural do organismo. Contrapõem-se,

assim, à relação dos sintomas como expressão do patológico e à compreensão do normal como ausência de patologias⁽³⁷⁾, que marca visões biomédicas predominantes que antagonizam saúde e doença, propondo o controle isolado da doença. Isso pode explicar por que profissionais sem formação específica em PIC não consideram as forças vitais e naturais como vertentes da saúde e doença.

A fragmentação do cuidado é fruto da corrente subordinação da razão médica à racionalidade científica moderna que disciplina a compreensão da doença como desvio do normal. Assim, o que importa para o saber científico é o desvio da normalidade e não a questão do homem vivo⁽³⁷⁾. Isso poderia explicar os resultados com compreensões fortemente marcadas pela racionalidade baseada no saber científico neutro, positivo e objetivo.

As racionalidades calcadas na visão *naturista* da clínica favorecem a manifestação da *força curativa da natureza* para restaurar a saúde⁽³⁷⁾. As PIC objetivam, além do alívio dos sintomas, a restauração do bem-estar e equilíbrio dinâmico, em uma visão holística de saúde⁽³⁸⁾. Essa visão interpela a concepção mecanicista e unicausal da biomedicina. Holístico vem do grego *Holos, todo*, e, assim, a prática holística considera a interação dinâmica existente entre as dimensões física, psicossocial e espiritual do indivíduo e suas transações com o meio⁽³⁹⁾.

A Política Nacional define PIC como abordagens que estimulam mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde⁽³⁾. Então, com as considerações anteriores e os achados da revisão, pondera-se que a inclusão das PIC na APS requer, ao menos, que os profissionais respeitem mutuamente as distintas concepções de saúde, doença, corpo e cuidado de cada prática, sendo desejável que transformem suas visões para orientações mais holísticas.

Os resultados indicam que profissionais, de PIC e generalistas, consideram a abordagem holística nas concepções de saúde e cuidado relativas às PIC como forma de diminuir efeitos colaterais das intervenções da medicina convencional e aumentar a satisfação do paciente. Na biomedicina, com a concepção mecanicista do corpo, a parte principal do cuidado é o diagnóstico, buscado pelos exames. Nas PIC, o contato humano e a formação de vínculo são o fundamental, pois sua concepção é vitalista. Entretanto, os resultados mostram que os profissionais reconhecem que nem sempre isso ocorre.

Ter menos efeitos colaterais não significa eliminá-los. Por exemplo, há substâncias de origem vegetal com eficácia igual ou superior aos medicamentos alopáticos, cujo excesso pode ser tóxico e acarretar prejuízos à integridade do organismo. Por isso é preciso conhecer com propriedade a finalidade, forma de preparo, dosagem e armazenamento das plantas⁽⁴⁰⁾, em relação a outras terapias alternativas e complementares.

Na busca de qualidade de vida e harmonia corporalmente, os resultados mostram práticas integradoras das

terapias complementares e biomedicina, criando-se, na saúde, ambiente inclusivo, com base no pluralismo terapêutico. É a medicina integrativa que valoriza avanços da medicina convencional, sem prejuízo das práticas baseadas em outras racionalidades⁽⁴¹⁾.

A medicina integrativa tem potencial transformador da APS, pois propõe: unir o melhor de diferentes racionalidades; acolher a pessoa integrando corpo, mente, espírito e cultura; fornecer cuidado e cura, com a participação ativa do paciente e diversos profissionais; qualificar como evidências fundamentais do processo de cuidado os desejos e necessidades das pessoas em relação a seus tratamentos⁽⁴¹⁾. A integração requer um *profissional híbrido*, que pondera junto com o paciente o melhor caminho terapêutico para cada momento⁽⁴²⁾.

Todavia, integrar o melhor de cada racionalidade para a boa qualidade da atenção à saúde não é tarefa fácil. Nos resultados, observou-se que os profissionais que atendem em alguma prática de medicina integrativa reconhecem essa dificuldade, pois indicam que tanto as práticas complementares quanto a medicina convencional não têm conseguido a satisfação dos usuários com a atenção recebida.

Os resultados indicaram interface das concepções de saúde e cuidado das práticas integrativas e da prática holística, na medida em que ambas consideram a dinâmica físico-psico-espiritual dos indivíduos. Os profissionais ainda destacaram ser necessário: considerar os aspectos éticos do cuidado; dividir responsabilidades com os pacientes; empoderar os usuários; promover a saúde e a interação dos profissionais da APS.

Na integração das PIC, pode-se perder a pureza da racionalidade de cada uma. Pesquisa⁽³⁷⁾ realizada em nove serviços públicos no Rio de Janeiro, Brasil, demonstrou que a homeopatia conseguiu preservar a concepção clássica de tratamento da clínica, mantendo a representação do corpo como totalidade e centrando-se na relação médico-paciente. Entretanto, a acupuntura não preservou a lógica da medicina tradicional chinesa e assumiu a da medicina ocidental em sua prática. Assim, nesses serviços, ainda que os acupunturistas tentassem se guiar pela lógica vitalista e globalizante, predominou o uso rápido das práticas da acupuntura, limitado à resolução de situações patológicas específicas como do sistema músculo esquelético ou quadros crônicos de fundo emocional. Então, nesses serviços cariocas⁽³⁷⁾, os profissionais das práticas integrativas e complementares mantinham representações de corpo e doença típicos da racionalidade biomédica, tendendo a operar num sincretismo cultural.

Essa dualidade também foi encontrada nos resultados relativos ao papel profissional na inserção das práticas integrativas e complementares na APS. O médico focou seu papel no bom funcionamento dos serviços e a enfermagem voltou-se para o bem-estar do paciente.

Na APS no Reino Unido, enfermeiras recomendaram maior número de tratamentos e ofereceram cuidado mais holístico para seus pacientes, quando comparadas com

médicos. Esses focaram seu cuidado na coleta de informações diretamente relevantes para realizar o diagnóstico e tratamento da queixa presente⁽⁴³⁾. Ou seja, na prática de cuidado diferenciam-se os papéis assumidos pelos profissionais quanto à inserção das PIC na APS.

A proposta com a introdução das PIC na APS não é encontrar o melhor tipo de cuidado, mas diversificar as práticas oferecidas para abranger diferentes concepções de saúde e cuidado, contribuindo assim para qualificar o processo de trabalho em saúde e a assistência na AB. Os resultados apontam as queixas dos profissionais quanto ao fracasso da biomedicina e seu aborrecimento com a rotina na APS como motivadores da utilização das práticas integrativas.

A questão da introdução das PIC na APS não se resume a estimular o uso alternado dos procedimentos biomédicos e complementares, a fim de possibilitar o acesso universal às práticas alternativas. A questão é se, de fato, ocorrem modificações na lógica do processo de trabalho com a valorização das tecnologias leves de diferentes racionalidades e compreensões de saúde para melhor cuidar, com integralidade.

Os resultados mostram que os profissionais de saúde que entraram em contato com as práticas integrativas apresentam concepções ampliadas de saúde e cuidado. Entretanto, essa ampliação nem sempre foi suficiente para mudar a lógica de cuidado. Esta segue centrada na *concepção de adoecimento ontológico-localista e de intervenção mecânico-causal*⁽⁴⁴⁾. Isso aponta para a necessidade de os profissionais aprofundarem-se na reflexão sobre suas concepções de saúde, cuidado, atitudes, processo de trabalho na APS⁽⁴⁵⁾.

Na interpretação dos resultados, é preciso ponderar o que poderia ser uma limitação da revisão; há de se considerar que profissionais fortemente favoráveis ou desfavoráveis às práticas complementares podem ter sido mais propensos a participar das pesquisas incluídas na revisão. Isso explicaria a aparente tendenciosidade dos resultados, a despeito da configuração adotada na metassíntese.

CONCLUSÃO

A implementação da PNPIC é parte do processo de efetivação do SUS. A revisão evidenciou que, na visão dos profissionais de APS, as práticas mais holísticas por sua forma

REFERÊNCIAS

1. De-la-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Systematic review: general notions. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(5):1255-61.
2. Organização Mundial de Saúde. Estratégia sobre medicina tradicional: 2002-2005. Genebra: OMS; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. 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; 2006.
4. 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(3):220-30.

de explicar e cuidar no processo saúde-doença podem, ainda que não sempre, evitar alguns dos efeitos colaterais das intervenções da medicina convencional e contribuir para a satisfação do usuário. Assim, é possível afirmar que a efetivação da PNPIC na APS poderia favorecer, no SUS, a consideração da singularidade dos usuários e famílias e aumentar a satisfação com a qualidade da atenção recebida. Isso porque os profissionais de saúde que mantêm contato com as PIC acabam ampliando suas concepções de saúde e cuidado.

Essa ampliação pode contribuir para o reconhecimento respeitoso das diferentes racionalidades explicativas da saúde e cuidado, na perspectiva da interculturalidade na atenção à saúde e, nessa medida, contribuir para uma abordagem mais integral do processo saúde-doença. A revisão evidenciou que nos serviços em que a medicina integrativa ocorre há solo mais fértil para a reconstrução da atenção à saúde e dos processos de trabalho das equipes, dado o respeitoso convívio de lógicas distintas, ainda que com predomínio da racionalidade biomédica.

Dadas as especificidades de seu trabalho, os profissionais da enfermagem reconhecem como seu papel na inserção das práticas integrativas na APS a valorização das tecnologias leves para o esclarecimento e apoio aos usuários na opção pelas PIC. Para que possam esclarecer os usuários sobre as PIC é preciso que sejam capacitados para isso. Ainda que não se tornem adeptos ou defensores das PIC, é preciso que os enfermeiros tenham conhecimento suficiente para compartilhar decisões com os usuários, na corresponsabilização pela saúde e cuidado.

Diante das limitações de acesso e resolubilidade da APS que podem gerar nos profissionais sentimentos de fracasso, as PIC podem soar como possibilidade para o cuidado integrativo e holístico que almejam prestar aos pacientes. Em certa medida, como discutimos, as PIC podem contribuir para isso; no entanto, não são suficientes. É preciso ter presente que a integralidade que os profissionais querem ofertar na atenção é fruto das Redes de Atenção à Saúde, que garantem a continuidade do cuidado nos diversos pontos de assistência.

A metassíntese desenvolvida permite afirmar que a efetivação da PNPIC no SUS requer a integração da medicina convencional e das práticas complementares nas unidades básicas de saúde, num convívio sincrético e respeitoso.

5. Lopes ALM, Fracoli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):771-8.
6. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research.* New York: Springer; 2007.
7. Knafl K, Sandelowski M, Crandell J, Leeman J, Shaw-Kokot J. *Mixed-methods synthesis of research on childhood chronic conditions and family.* Chapel Hill, NC: National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health; 2011-2016.
8. Sandelowski M, Voils CI, Barroso J. Defining and designing mixed research synthesis studies. *Res Sch.* 2006;13(1):29.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(6):e1000097.
10. Adams J. General practitioners, complementary therapies and evidence-based medicine: the defence of clinical autonomy. *Complement Ther Med.* 2000;8(4):248-52.
11. Anderson E, Anderson P. General practitioners and alternative medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1987;37(295):52-55.
12. Calderón C. Homeopathic and primary care doctors: how they see each other and how they see their patients: results of a qualitative investigation. *Aten Primaria.* 1998;21(6):367-75.
13. Easthope G, Tranter B, Gill G. General practitioners' attitudes toward complementary therapies. *Soc Sci Med.* 2000;51(10):1555-61.
14. Easthope G, Tranter B, Gill G. Normal medical practice of referring patients for complementary therapies among Australian general practitioners. *Complement Ther Med* 2000;8(4):226-33.
15. Gordon NR, Sobel DS, Tarazona EZ. Use of and interest in alternative therapies among adult primary care clinicians and adult members in a large health maintenance organization. *West J Med.* 1998;169(3):153-61.
16. Grace S, Higgs J. Integrative medicine: enhancing quality in primary health care. *J Altern Complement Med.* 2010;16(9):945-50.
17. Hadley C. Complementary medicine and the general practitioner: a survey of general practitioners in the Wellington area. *N Z Med J.* 1988;101(857):766-8.
18. Hollenberg D. Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Soc Sci Med.* 2006;62(3):731-44.
19. Jeschke E, Ostermann T, Tabali M, Kröz M, Bockelbrink A, Witt CM, et al. Anthroposophic medicine in pediatric primary care: a prospective, multicenter observational study on prescribing patterns. *Altern Ther Health Med.* 2011;17(2):18-28.
20. Jeschke E, Ostermann T, Luke C, Tabali M, Kroz M, Bockelbrink A, et al. Remedies containing Asteraceae extracts: a prospective observational study of prescribing patterns and adverse drug reactions in German primary care. *Drug Saf.* 2009;32(8):691-706.
21. Jeschke E, Ostermann T, Tabali M, Vollmar HC, Kröz M, Bockelbrink A, et al. Pharmacotherapy of elderly patients in everyday anthroposophic medical practice: a prospective, multicenter observational study. *BMC Geriatr.* 2010;10:48.
22. Jeschke E, Ostermann T, Vollmar HC, Tabali M, Schad F, Matthes H. Prescribing patterns in dementia: a multicenter observational study in a German network of CAM physicians. *BMC Neurol.* 2011;11:99
23. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011:495813.
24. Joos S, Musselmann B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany: a focus group study of GPs. *BMC Health Serv Res.* 2008, 8:127
25. Marian F, Widmer M, Herren S, Donges A, Busato A. Physicians' philosophy of care: a comparison of complementary and conventional medicine. *Forsch Komplementmed.* 2006; 13(2):70-7.
26. Marshall R, Gee R, Israel M, Neave D, Edwards F, Dumble J, et al. The use of alternative therapies by Auckland general practitioners. *N Z J Med* 1990;103(889):213-5.
27. O'Beirne M, Verhoef M, Paluck E, Herbert C. Complementary therapy use by cancer patients: Physicians' perceptions, attitudes, and ideas. *Can Fam Physician.* 2004;50:882-8.
28. Peltzer K, Khoza LB. Attitudes and knowledge of nurse practitioners towards traditional healing, faith healing and complementary medicine in the Northern Province of South Africa. *Curatationis.* 2002;25(2):30-40.
29. Poynton L, Dowell A, Dew K, Egan T. General practitioners' attitudes toward (and use of) complementary and alternative medicine: a New Zealand nationwide survey. *N Z Med J.* 2006;119(1247):U2361.
30. Rosa C, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):311-8.

31. Shelley BM, Sussman AL, Willians RL, Segal AR, Crabtree BF; Rios Net Clinicians. 'They don't ask me so i don't tell them': patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine. *Ann Fam Med*. 2009;7(2):139-47.
32. Sussman AL, Willians RL, Shelley BM. Can we rapidly identify traditional, complementary and alternative Medicine users in the primary care encounter? A RIOS Net study. *Ethn Dis*. 2010;20(1):64-70.
33. 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
34. Visser GJ, Peters L. Alternative medicine and general practitioners in the Netherlands: toward acceptance and integration. *Fam Pract*. 1990;7(3):227-32.
35. Wharton R, Lewith G. Complementary medicine and the general practitioner. *Br Med J*. 1986;292(6534):1498-500.
36. Zhang Y, Peck K, Spalding M, Xu T, Ragain M. A study to examine the attitudes, knowledge, and utilization of CAM by primary care professional in West Texas. *Complement Ther Med*. 2010;18(6):227-32.
37. Luz MT. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: Luz MT, Barros NF, organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2012.
38. Silva MJP, Salles LF, organizadores. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.
39. Long A, Baxter R. Functionalism and holism: community nurses' perceptions of health. *J Clin Nurs*. 2001;10(3):320-9.
40. Alvim NAT, Ferreira MA, Ayres AV, Magalhães MGM. Fitoterapia e enfermagem. In: Silva MJP; Salles LF, organizadores. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011. p. 97-111.
41. Barros NF. Prefácio. In: Silva MJP, Salles LF, organizadores. *Enfermagem e as práticas complementares em saúde*. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.
42. Barros NF. *A Construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
43. Seale C, Anderson E, Kinnersley P. Treatment advice in primary care: a comparative study of nurse practitioners and general practitioners. *J Adv Nurs*. 2006;54(5):534-41.
44. Tesser CD. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na saúde coletiva e no SUS: uma reflexão. In: Luz MD, Barros NF, organizadores. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2012.
45. Fleming P. Reflection: a neglected art in health promotion. *Health Educ Res*. 2007; 22(5):658-64.

Agradecimentos

À Dra. Margaret Sandelowski da *University of North Carolina at Chapel Hill*, pela leitura da versão preliminar deste artigo e pelas sugestões que possibilitaram o aprimoramento da qualidade do método desta revisão, realizada durante o doutorado sanduíche da primeira autora do estudo. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de doutorado sanduíche no Exterior à primeira autora deste artigo.