

Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde

Karla Morais Seabra Vieira Lima^(a)
Kênia Lara Silva^(b)
Charles Dalcanale Tesser^(c)

Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Integrative and complementary practices and the relationship with health promotion: experience of a municipal healthcare service. *Interface* (Botucatu).

This study addressed the integrative and complementary practices developed at a reference service in the metropolitan region of Belo Horizonte/MG, Brazil. It analyzed how the practices developed in this service were organized and focused on their relationship with health promotion and how they fitted into the Brazilian National Health System (SUS). The results indicated that these practices could be useful resources for health promotion, especially because they establish new understanding of the health-illness process, in a more holistic and empowering manner. However, to boost them within the fields of health promotion and SUS care, challenges relating to organizing and expanding the services need to be surmounted and professionals within the reference services and specialized support for integrative and complementary practices within primary healthcare need to be brought closer together, so as to construct a common field of care.

Keywords: Complementary therapies. Integrative Medicine. Health Promotion. Primary Health Care.

Tomam-se como objeto as práticas integrativas e complementares (PIC) desenvolvidas em um serviço de referência na região metropolitana de Belo Horizonte/MG, Brasil. O estudo analisa a organização das práticas desenvolvidas nesse serviço, tendo como foco analítico sua relação com a promoção da saúde e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados indicam que as práticas podem ser recursos úteis na promoção da saúde, especialmente por estabelecerem uma nova compreensão do processo saúde-doença, de caráter mais holístico e empoderador. Contudo, para potencializá-las no campo da promoção da saúde e do cuidado no SUS, é preciso superar os desafios da sua organização e expansão nos serviços, como aproximar os profissionais dos serviços de referência e de apoio especializados em PIC da Atenção Primária à Saúde (APS), construindo um campo comum de cuidado.

Palavras-chave: Terapias complementares. Medicina Integrativa. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

^(a) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100. karlaseabra@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. kenialara17@yahoo.com.br

^(c) Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. charlestesser@ccs.ufsc.br

Introdução

As medicinas alternativas e complementares são definidas como um grupo de diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, e de práticas que não estão presentes na biomedicina¹.

A Organização Mundial de Saúde² utiliza o termo Medicinas Tradicionais/Complementares e Alternativas para definir o conjunto de práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na biomedicina.

Na literatura, encontram-se diferentes denominações para as práticas terapêuticas, entretanto, no Brasil, usa-se a expressão práticas integrativas e complementares (PIC)³. Essa denominação difundiu-se desde a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, na qual se incluem, em seu escopo: a medicina tradicional chinesa (sobretudo, a acupuntura), homeopática e antroposófica, as plantas medicinais (fitoterapia) e o termalismo social (crenoterapia)³.

Pode-se considerar, também, a relação das PIC com a Política Nacional de Promoção da Saúde⁴, tendo em vista que a promoção da saúde pode ser compreendida como um campo de propostas, ideias e práticas, crescente na saúde pública, que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, e propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução⁵. A inserção das práticas integrativas e complementares no SUS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população⁶. Nesse entendimento, ressalta-se a importância da Atenção Primária para fortalecer práticas de promoção da saúde, em especial, as PIC.

Contudo, ainda existem dificuldades para a implantação das práticas no SUS, sobretudo, em decorrência da insuficiência de dados de produção e de pesquisas, das limitações no controle dessas práticas, dentre outras^{2,4}. Assim, o desenvolvimento das práticas integrativas e complementares na rede pública de saúde brasileira está em lento processo de expansão⁶. Além disso, há pouco saber acumulado sobre as formas de organizar, adaptar e incluir as PIC no SUS, tanto na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto em serviços de apoio matricial (Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF) e/ou de referência (atenção secundária, serviços especializados).

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir resultados de uma pesquisa que analisou a organização das PIC desenvolvidas em um serviço de referência em PIC, na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, tendo como foco analítico sua relação com a promoção da saúde e sua inserção no SUS.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com aporte na abordagem qualitativa cujo referencial é a dialética. A dialética é uma estratégia de conhecimento da realidade, na qual se revela a apreensão e a compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade⁷.

O campo empírico foi um serviço municipal de saúde especializado em práticas integrativas e complementares e de promoção da saúde. O serviço localiza-se em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, com uma população estimada de 81.162 habitantes⁸.

A coleta de dados se deu por meio de observação e entrevista com roteiro semiestruturado aos profissionais que atuam no Serviço, com o intuito de compreender sua organização. Foram entrevistados todos os profissionais que atuam no serviço, totalizando seis: dois médicos-homeopatas, uma médica-acupunturista, uma terapeuta holística, uma terapeuta ocupacional e a gerente do Serviço.

Além disso, foram consultados o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) para complementar a fase de análise, a fim de se obterem as informações sobre o estabelecimento de saúde e a produção ambulatorial de procedimentos do serviço. O CNES é a base cadastral dos sistemas de informação em saúde e registra aspectos do funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. O SIA oferece instrumentos para o registro do cálculo da produção ambulatorial, dados direcionados para o

gerenciamento da capacidade instalada e produzida etc. Para o presente estudo, foi selecionada, no SIA, a quantidade apresentada de procedimentos no serviço, no período de junho a novembro de 2012. Essas bases (CNES e SIA) foram acessadas entre os dias 1º e 11 de fevereiro de 2013.

Para a análise dos dados empíricos, utilizou-se a análise de conteúdo temática, sendo orientada pela proposta de Bardin⁹ para a organização dos dados. A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Os sujeitos foram informados sobre os objetivos e finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Características do serviço municipal de práticas integrativas e complementares

O serviço municipal de práticas integrativas e complementares foi inaugurado em 2008 como um Centro de Especialidades (referência) de promoção da saúde, e inclui práticas integrativas e complementares. O atendimento é exclusivamente para a clientela do Sistema Único de Saúde e o funcionamento é diurno.

O Centro de Especialidades foi registrado no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos (CNES) em 2010, como um serviço de práticas integrativas e complementares, conveniado ao Sistema Único de Saúde, com atendimento em nível ambulatorial na rede pública de saúde, contando com gestão municipal e estadual.

Os profissionais entrevistados foram os seis profissionais que atuam no Serviço. Esses profissionais caracterizam-se pelas diferentes profissões e tempo de inserção no serviço, conforme o Quadro 1. Todos os profissionais entrevistados têm curso Superior completo. Dentre esses, cinco entrevistados apresentam formação em alguma especialidade das práticas integrativas e complementares, sendo dois em homeopatia, dois em acupuntura e uma em terapia holística e comunitária. A carga horária dos profissionais é diversificada, sem dedicação exclusiva ao serviço, com exceção da gerente. Todos os profissionais têm vínculo empregatício, entretanto, três são servidores públicos, dois contratados e um exerce cargo comissionado.

Os profissionais que atuam no serviço são inscritos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos, de acordo com suas ocupações, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações de profissionais em práticas integrativas e complementares: terapeuta ocupacional; terapeuta holística; médico acupunturista; médico homeopata; e gerente de serviços de saúde.

Práticas ofertadas no serviço de práticas integrativas e complementares

A partir da análise dos dados, foi possível identificar cinco práticas ofertadas no serviço: homeopatia, acupuntura, oficina de memória, dança sênior e relaxamento. Ainda foi possível mapear a capacidade de atendimento, o número de pacientes atendidos por mês, conforme demonstrado no Quadro 2.

No entanto, os procedimentos realizados no Serviço de práticas integrativas e complementares são registrados na produção ambulatorial de procedimentos, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), como: sessão de acupuntura com inserção de agulhas; consulta médica em atenção especializada; atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada.

Conforme os dados no SIA, no período de julho a novembro de 2012, ocorreram: 356 sessões de acupuntura com inserção de agulhas, 508 consultas médicas em atenção especializada e apenas quatro atividades educativas/orientações, em grupo, na atenção especializada.

Descrição das práticas ofertadas

As práticas de homeopatia e acupuntura acontecem em forma de consultas individuais, já a oficina de memória, a dança sênior e o relaxamento são práticas coletivas, realizadas em grupos.

Nos atendimentos de homeopatia, são realizadas consultas individuais de trinta minutos a uma hora, em que decorrem um processo de escuta do profissional sobre a queixa principal do indivíduo, além de abordagem sobre questões da infância, família, relacionamentos, medo, mágoa, sono, frio e calor, dentre outros, como aspectos a serem investigados na diagnose dessa racionalidade médica¹⁰. Posteriormente, o homeopata, no processo de atendimento, busca uma terapêutica à base de medicamento homeopático, geralmente consultando Manual eletrônico (programa de computador). Dessa forma, o homeopata aponta os sintomas e o programa já identifica os medicamentos homeopáticos que se “assemelham” ao indivíduo. A forma de agendamento da primeira consulta de homeopatia deve ser realizada pessoalmente no serviço ou por meio de encaminhamento de um profissional de saúde. A organização da oferta de homeopatia no serviço estudado estabelece, quase sempre, os retornos a cada dois meses, e os participantes podem permanecer em tratamento por período indeterminado, não tendo sido identificados, durante o trabalho de campo, processos de alta terapêutica. Dessa forma, há uma dependência permanente do saber profissional para manter a harmonia ou o equilíbrio restabelecido.

Na acupuntura, ocorre, inicialmente, uma consulta individual, quando se realizam a *anamnese* e a identificação da(s) queixa(s) e características do indivíduo, como parte do processo de diagnose da racionalidade médica que orienta essa prática. Ocorrem, também, orientações das sessões de agulhamento, procedimento terapêutico exclusivo da racionalidade tradicional chinesa no cenário do estudo. Na sequência, são realizadas, semanalmente, as sessões de agulhamento, totalizando um ciclo de doze sessões. O atendimento, nessa prática, é semanal, com tempo médio de vinte minutos, decorrente, exclusivamente, do agulhamento, que perdura por um período, mais ou menos, de três meses até completar as 12 sessões. Tal número de sessões foi estabelecido como uma das regras pelo instrutor da prática, pois menciona que, de oito a dez sessões, a maioria dos participantes apresentará resultados satisfatórios, assim como é necessário oferecer a oportunidade de atendimento a outras pessoas. Há também, como regra, o número máximo de três faltas nas sessões de acupuntura. Esse ordenamento foi instituído com o objetivo de diminuir a fila de espera.

A oficina de memória e a dança sênior são práticas realizadas em grupos fechados cujos encontros ocorrem semanalmente, com a duração de sessenta minutos. Como a dinâmica dessas duas práticas prevê grupos fechados, o indivíduo só pode se inserir no início do ciclo da prática. A única restrição para se inserir nas práticas de oficina de memória e dança sênior é que o participante não apresente déficit cognitivo.

A oficina de memória é estruturada em dez encontros. Do primeiro ao terceiro encontro, são dadas informações sobre a memória e indicações para estimular a memória no cotidiano. A partir do quarto encontro, são realizadas atividades práticas, tais como: jogo dos sete erros, sequência numérica com número faltoso, leitura de palavras pela instrutora, seguida de anotações pelos participantes. Assim, os participantes permanecem até completarem os dez encontros. O número de participantes limita-se a dez indivíduos por grupo.

Na dança sênior, são desenvolvidos aspectos da musicalidade e do ritmo, além da memorização de coreografias. A dança é realizada em grupo e com os participantes em círculo, ora sentados, ora em pé. Durante a atividade, trabalha-se com o corpo por meio de coreografias criadas a partir de músicas instrumentais e movimentos ritmados. Os grupos mudam anualmente e são inseridos até vinte participantes por grupo. Na dança, os participantes precisam memorizar as coreografias e estar sempre atentos ao ritmo musical.

O relaxamento é constituído por diferentes momentos: inicia-se com uma roda de conversa, onde são discutidos temas relacionados à experiência de vida, relacionamento, informações sobre saúde e, geralmente, são incluídos temas evocados pelos participantes. Posteriormente, dá-se continuidade com a técnica de relaxamento, o que acontece sempre acompanhado de uma música tranquila e relaxante. Frequentemente, associam-se, nas atividades, exercícios de automassagem e danças para complementar a prática. Observou-se que a fé, independente da religião, está presente na dinâmica dessa prática, seja nos momentos em que o grupo faz orações ou em músicas cantadas pelos participantes e/ou nos agradecimentos no final da prática.

Os dados empíricos evidenciam que o acesso às práticas ofertadas pelo Serviço ocorre por encaminhamento de outros profissionais da área da saúde ou por procura espontânea, sendo que, apenas na acupuntura, a “entrada” é determinada exclusivamente por encaminhamento médico. Nas demais práticas, homeopatia, oficina de memória, dança sênior e relaxamento, a inserção se dá pelas duas vias de acesso – demanda espontânea ou referenciamento profissional –, sem, contudo, se tornar uma imposição o encaminhamento médico, tal como na acupuntura.

Evidencia-se, nos achados, uma alta demanda pelas PIC, sobretudo homeopatia e acupuntura, conforme exemplificado:

“[...] você vê que aqui eu sou a única para o município inteiro... Então, assim, existe uma demanda quase sempre, a fila de um ou dois anos de espera. Demanda reprimida grande [...]”. (E3 - médica acupunturista)

“Meu encaminhamento para Acupuntura está aqui desde 2010 e fui chamado somente agora”. (conversa com um participante do serviço, diário de campo, 13/03/2012)

Os dois homeopatas, sujeitos da pesquisa, confirmam as considerações da acupunturista ao revelarem o desafio que se lhes apresenta no sentido do atendimento à demanda. Frente a isso, foi necessário estabelecer critérios de acesso às práticas (no caso da acupuntura, acesso somente por encaminhamento médico e doze sessões para cada indivíduo). Nesse entendimento, pode-se inferir que, uma vez exigido o encaminhamento médico, necessariamente, os indivíduos irão apresentar algum sintoma ou patologia de base que justifique tal conduta.

Vale ressaltar que o serviço está em processo de descentralização das práticas de oficina de memória, dança sênior e relaxamento para Atenção Primária da Saúde, com enfoque nas Equipes Saúde da Família (ESF) e Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Logo, as práticas de homeopatia e acupuntura continuariam centralizadas. Vale destacar que o serviço pretende ampliar a oferta das PIC, incluindo outras atividades, tais como: lian gong, yoga, tai-chi-chuan, shiatsu, tui-ná e fitoterapia.

Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde

Os dados empíricos permitiram identificar a imprecisão conceitual que a promoção da saúde assume nos discursos dos profissionais. Ao indagar qual a relação das práticas integrativas e complementares com a promoção da saúde, os profissionais respondem relacionando-a com a prevenção de agravos à saúde, reforçando uma lógica preventivista, típica do paradigma biomédico. Nesse contexto, destacam-se os seguintes termos ditos pelos profissionais: “evitarem”, “preventivas”, “levar informação para os grupos” e “informar”.

“[...] primeiro, que a gente trata aqui, não são pessoas que estão doentes, cognitivamente. Então, seria uma maneira delas evitarem um transtorno maior ou até elas saberem esta questão da educação e informação. Por exemplo, na Oficina de Memória, de como ela pode identificar os sintomas de esquecimento e relacionar com uma doença grave ou não”. (E1 - terapeuta ocupacional)

“Eu acho que essas práticas integrativas são todas basicamente preventivas, claro que todas elas ajudam a curar doença, mas quando a gente vai falar, por exemplo, de massagem, eu acho que um tratamento igual massagem, loga, meditação, Relaxamento, coisas assim, ajuda sim a pessoa naquele momento que... na doença que ela está enfrentando. Mas, eu acho mais importante é a medicina preventiva mesmo”. (E6 - médico homeopata)

“No caso específico da minha oficina, eu sempre ouço as pessoas e procuro levar para o grupo informações. Então, quando, tem um assunto que eu não domino, na necessidade de dar um esclarecimento eu sempre procuro outros profissionais que tenham aquele

conhecimento e repasso. Então, é em todos os sentidos que eu busco informar e trocar informações no grupo [...]”. (E2 - terapeuta holística)

Os dados da entrevista revelam que a promoção da saúde assume, nos discursos dos profissionais, formas de estimular mudança de hábitos de vida ou de comportamento, a saber:

“[...] eu sempre ouço as pessoas e procuro levar para o grupo informações. Eu acho também que a gente vive incentivando exercício físico, uma boa alimentação, além do aspecto emocional [...]”. (E2 - terapeuta holística)

“A Homeopatia e essas práticas todas ... vão fazer com que a pessoa descubra que não, eu sou o autor da minha vida, eu vou mudar e a partir daí começa a mudar a postura, mudança de comportamento”. (E5 - médico homeopata)

Destacou-se a concepção holística que pode caracterizar uma das contribuições para potencializar as PIC no âmbito da promoção da saúde. Nesse aspecto, os profissionais relatam a importância de se compreender o indivíduo de forma holística, ao buscar o restabelecimento ou ampliação da saúde como sinais do modo de ser e viver:

“Eu acho que tem um saldo muito positivo, as pessoas costumam sair daqui mais fortes. Eu falo que elas estão mais fortes, tanto do ponto de vista de dor, de dor melhor, mas, assim, forte psicologicamente. Porque a gente tenta sempre em todo paciente, eu trato a dor que ele estava queixando, mas a gente sempre tenta equilibrar o emocional dele porque tem tudo a ver. Um paciente que está deprimido e tudo, a dor dele é muito maior que o paciente que não está. Então, o que eu noto é que os pacientes saem mais confiantes, mais fortes”. (E3 - médica acupunturista)

Pode-se afirmar, ainda, que as práticas estudadas favorecem o empoderamento do indivíduo, tendo em vista que os profissionais visualizam que os indivíduos passam a se “empoderar”, na direção de um maior controle sobre sua própria vida, melhorando a autoestima e se responsabilizando por sua vida e saúde:

“Agora estou mudando a minha postura. Faço aquilo que estou com vontade. Às vezes preciso sair para pensar.... Arrumo meu cabelo e vou [...]”. (Registro da observação em campo no diário do pesquisador, 31/05/2012)

“[...] Em primeiro lugar, é mostrar para a pessoa que ela pode se sentir melhor, de que existe uma forma dela se sentir melhor e levar a pessoa a se responsabilizar pelo seu tratamento”. (E2 - terapeuta holística)

No entanto, os achados do estudo são limitados para a compreensão do potencial das práticas estudadas para a intervenção sobre os determinantes sociais, constituindo um desafio para o campo. Foram identificados, nos relatos dos profissionais, elementos que revelam que as práticas repercutem não só no sujeito, mas, também, na família que está em seu entorno. Assim, algumas práticas conseguem envolver a família, na tentativa do equilíbrio familiar:

“A gente só não quer que o paciente sofra menos, mas que todo mundo que esteja em torno dele, também sofra menos. Porque há pacientes que infernizam a família por causa da doença. Não é pela doença em si, são pessoas que tem o temperamento difícil e quando estão doentes ficam piores ainda. Então, o que a gente quer é o equilíbrio de toda a família”. (E6 - médico homeopata)

Porém, ainda se mantêm restritas no ciclo familiar e não avançam para o coletivo e social. Evidencia-se que, para se potencializarem os aspectos promotores, existe a necessidade de mudança do social ou, ao menos, de sua tematização crítica. Porém, essa mudança aparece ainda como uma “utopia”, pois o profissional entrevistado vislumbra a tentativa de mudança no modelo de saúde a partir de experiências vivenciadas pelos indivíduos de forma habitual, em seu cotidiano, de maneira que comecem a aprender a lidar com seu novo mundo.

“É meu sonho, eu até conversei... quando eu vim para cá, é transformar futuramente, que daqui uns quinhentos anos, que seja. Mas, que o pensamento, essa maneira de pensar, eu vou chamar de homeopático, mas, na verdade é inerente a todas as práticas, seja inserido na escola, no primário. Mudar uma pessoa que está com setenta anos de idade é muito mais difícil, mudar entre aspas, fazer com que ela acorde para uma postura mais ativa. É muito mais fácil você moldar uma pessoa que está com seis anos de idade, dentro desse pensamento, que a doença vem de dentro e como é que eu estou me relacionando com as pessoas. É saber ensinar e expressar os sentimentos sem agredir. Ensinar a ouvir. [...] e faltam só as doenças para gente quebrar esse paradigma. Mas, acho que teria dentro das salas de aula a disciplina saúde, vamos ser saudáveis e ensinar isso. [...] o paradigma está mudando, eu acredito que vai chegar, o pensamento científico está mudando [...]”. (E5 - médico homeopata)

Embora a intersectorialidade seja primordial para fazer avançar práticas de promoção da saúde, para o serviço investigado, esse elemento ainda constitui um desafio. Os dados demonstram que o Serviço não tem relação com outros setores do município, tendo apenas uma proposta pontual de parceria com uma ONG. A parceria ou articulação com os profissionais do PACS e da ESF é ainda pontual, uma vez que o profissional se desloca para a área de abrangência dessas unidades de saúde para desenvolver a prática.

Discussão

Os resultados indicam as práticas de oficina de memória e dança sênior como práticas integrativas e complementares, porém a classificação adotada na PNPIC não as específicas, podem ser designadas como recursos terapêuticos^{11,12}. De acordo com a PNPIC, as práticas integrativas e complementares são um campo que contempla tanto sistemas médicos complexos, quanto os recursos terapêuticos³.

Nesse entendimento, a indefinição do escopo do que se compreende como PIC dentro da PNPIC caracteriza uma dificuldade e um desafio para a inserção dessas práticas nos Serviços do SUS. A PNPIC favoreceu a visibilidade, nos sistemas de informação em saúde, das práticas que vinham sendo desenvolvidas, porém sem explicitar o que pode ser registrado como PIC. Diversas práticas não constam na PNPIC e não dispõem de códigos nos formulários do CNES e SIA, assim, os profissionais que as realizam fazem o registro em separado¹³.

Vale discutir que, para além dos sistemas médicos complexos (racionalidades médicas), em especial, no contexto contemporâneo, há uma multiplicidade de práticas em saúde que, necessariamente, não se fundamenta por uma racionalidade médica ou outras práticas que atuam de forma complementar à biomedicina. Para tanto, é importante se obter uma definição mais clara sobre esse campo complexo.

As práticas ofertadas no estudo são registradas no sistema de informação ambulatorial como atividades especializadas, sessão de acupuntura e atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada. Desse modo, a análise dos dados evidencia que o Sistema de Informação não consegue apreender todas as práticas ofertadas no serviço. Com isso, observa-se um descompasso entre o praticado pelos profissionais no serviço e o registrado no sistema de informação, podendo acarretar, por vezes, uma subnotificação dos dados e, conseqüentemente, apresentar um impacto no monitoramento e avaliação das práticas e dos serviços especializados em PIC¹³.

Outro elemento de análise refere-se às contribuições das PIC para o campo da promoção da saúde. Cintra e Figueiredo¹⁴, bem como Tesser,¹⁵ demonstram o potencial das PIC para a promoção da saúde.

Contudo, os achados do estudo evidenciam a imprecisão das concepções sobre promoção da saúde da maioria dos profissionais, pois esses entendem a promoção de saúde como prevenção de doenças, tal como encontrado por outros autores^{16,17}. Para além da prevenção de agravos e da educação em saúde, a promoção da saúde caracteriza-se por ser um conceito amplo que possibilita, ao indivíduo, exercer sua autonomia e alcançar melhores condições de vida.

Além disso, as PIC afiliadas a racionalidades médicas vitalistas possuem noções próprias sobre promoção da saúde, que, distintamente do campo conceitual em voga na saúde pública, discutido por Carvalho¹⁸, permitem uma integração da promoção com a cura, ou seja, ao promover saúde, inclui em muitas situações o tratamento de adoecimentos (notadamente na área da saúde mental)^{15,19}.

Nessa lógica, evidencia a importância da integração do serviço de PIC com a APS, com vistas a potencializar a promoção da saúde, uma vez que essa abarca tanto o cuidado e a prevenção de adoecimentos, quanto a promoção da saúde.

Ressalta-se que as práticas de promoção da saúde visam romper a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, fortalecendo as articulações intersetoriais e promovendo o cuidado integral²⁰. Para tanto, sustentam-se nos princípios da concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade²¹.

Destacou-se, na análise, a concepção holística, cujo elemento está diretamente relacionado à compreensão ampliada e positiva de saúde. A concepção holística, no âmbito das ações de promoção da saúde, permite estimular a saúde física, mental, social e espiritual envolvendo uma concepção ampliada de saúde²¹. As racionalidades médicas vitalistas e suas práticas estruturam-se e atuam em termos de uma conceitualização positiva de saúde. Desse modo, proporcionam técnicas, saberes e ações promotoras da saúde e, por vezes, integram, a elas, cuidados terapêuticos, estimulando potenciais de cura e fortalecendo a saúde¹⁵.

Podem-se afirmar, ainda, as potencialidades das práticas estudadas em contribuir para o empoderamento do indivíduo, tendo em vista que esse elemento constitui um eixo central da promoção da saúde.

O empoderamento "psicológico" tem como objetivo fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e solidariedade¹⁸. Todavia, nota-se, nos achados do estudo, pouca menção às abordagens coletivas que apontassem para a participação social e política ou que vislumbrassem o empoderamento comunitário. Entende-se o empoderamento comunitário como uma possibilidade de os indivíduos e coletivos desenvolverem competências que possam ser compartilhadas na vida em sociedade, incluindo habilidade e pensamento reflexivo sobre as políticas públicas¹⁸.

É importante destacar que a busca pelas práticas se dá por meio da percepção do indivíduo sobre o que está sendo ofertado pelo Serviço. Com isso, a demanda, em sua maior parte, constitui-se a partir da oferta, ou seja, os indivíduos demandam somente as práticas possíveis de serem obtidas no serviço. Logo, a demanda do indivíduo é socialmente construída e está relacionada ao perfil do serviço e à forma como se processa o cuidado²². Nessa compreensão, pode-se inferir que o acesso ao serviço, e, por conseguinte, às PIC, ainda não é universal, uma vez que o serviço tem baixa oferta de práticas, número reduzido de profissionais e pouca capilaridade, dada a sua característica de um serviço com práticas centralizadas. Assim, os achados permitem afirmar que há um descompasso na relação entre a oferta das práticas e as demandas da população, com acesso restrito e determinado pela disponibilidade dos profissionais. Outros autores também evidenciaram que a assistência oferecida pelos profissionais das PIC ainda se apresenta insuficiente em relação à alta demanda, o que exigiria, para sua ampliação, um planejamento operacional²³.

A alta demanda pelas PIC pode representar avanços no movimento cultural que inclui essas práticas para além de uma forma de tratar o adoecimento. Nesse sentido, elas podem ser buscadas "espontaneamente" pela população, como um direito de cidadania. Esse dado pode sinalizar um avanço na superação da biomedicina ao indicar que há mudanças na representação cultural e simbólica das práticas de saúde que admitem novas formas de tratamento que não as medidas medicamentosas e cirúrgicas, típicas da racionalidade médica ocidental contemporânea.

Vale enfatizar a possibilidade de se expandirem as PIC para a Atenção Primária à Saúde. A Estratégia Saúde da Família é apontada como eixo estruturante da APS no Sistema Único de Saúde, e constitui uma estratégia para a expansão das PIC, além de um complexo desafio para a sensibilização e a capacitação em PIC²⁴. A APS tem a ímpar especificidade de, além de ser o serviço preferencial para o primeiro contato do cidadão com o cuidado profissional em saúde, ter como missão a integração de ações de cuidado ao adoecimento, prevenção de agravos e de promoção da saúde, sendo o local natural de inserção e desenvolvimento das PIC nos Sistemas de Saúde universais²⁵. Tanto é assim, que, no Brasil, segundo pesquisa do Ministério da Saúde, 72% das PIC ofertadas no país estavam inseridas na Atenção Básica em Saúde e com intensa participação da ESF²⁶.

Outro significativo elemento a ser destacado é a importância da APS para o processo de expansão das PIC e o fortalecimento da promoção da saúde. É aí que os sofrimentos e adoecimentos encontram-se, muitas vezes, em fase inicial, momento no qual é possível e desejável que haja ações terapêuticas e de fortalecimento do autocuidado e do potencial de autocura e reequilíbrio das pessoas, o que tem sido reconhecido como ponto forte, especificamente, das PIC e das outras racionalidades médicas²⁷.

Nossos achados contribuem para a discussão sobre a ampliação da oferta das PIC no cenário nacional como um aspecto estrutural do fenômeno de expansão dessas práticas na sociedade, e convergem com outros estudos que demonstram o uso de tais práticas, em serviços públicos de saúde, como um elemento de avanço para o campo^{14,16,23}. Todavia, esse avanço, no caso de serviços especializados, tem sido muito restrito, dada a sua escassa abrangência, distância do adoecimento e da situação existencial sociofamiliar das pessoas, as conhecidas longas filas de espera e seu relativamente grande isolamento, que fazem com que esses serviços especializados em PIC (ou esses consultórios de alguma PIC dentro de ambulatórios especializados) sejam limitados a poucas técnicas oferecidas a poucas pessoas, notadamente, pessoas com doenças crônicas que veem as PIC como último recurso.

Por mais valiosas que sejam as técnicas envolvidas, essa situação de concentração de profissionais especializados em PIC (profissionais puros, na terminologia de Barros²⁸, já que não praticam biomedicina simultaneamente com PIC) em serviços especializados, sobrepostos aos demais profissionais de saúde já existentes, limita sobremaneira o potencial das PIC de enriquecerem o cabedal de saberes e práticas a serem colocados à disposição da população usuária do SUS.

A direção apontada para a superação desse grave limite vem da própria tendência dos novos arranjos institucionais e das práticas de matriciamento, como o NASF, potencialmente enriquecedores das práticas da APS e fomentadores da educação permanente de seus profissionais. Tais arranjos e novas práticas de trabalho conjunto proporcionam maior interdisciplinaridade e concretas parcerias entre profissionais de distintos *núcleos de competências*²⁹ no atendimento, individual e/ ou coletivo, de usuários que necessitam de cuidados mais complexos (do que os possíveis de serem prestados mais facilmente pela ESF "sozinha"). Nesses arranjos e com apoio matricial, pode-se gerar progressiva construção de um campo comum de competências em PIC compartilhado pelos próprios profissionais da APS/ESF (e de outros serviços), de modo que as PIC se transformem em mais um recurso interpretativo e terapêutico (e promotor da saúde) das equipes de Saúde da Família, em grau de profundidade que não esgotará, claro, todas as potencialidades das PIC. Esses profissionais serão, portanto, "híbridos": praticantes de biomedicina e de PIC. Recente experimento de expansão das PIC para a ESF, utilizando a competência de profissionais já existentes nos serviços (que podem ser da APS ou de serviços especializados ou de NASF) - com apoio e organização da gestão municipal - como instrutores de seus colegas, mostrou-se promissor nesse sentido⁶.

Outro argumento simples e contundente a favor da necessidade de se pensar em estratégias de educação permanente em PIC, para profissionais da APS/ESF (e, mesmo, de outros serviços, hospitais, urgências etc.), é o fato de que não há possibilidade de se oferecerem as PIC massivamente aos usuários do SUS, com profissionais "puros", seja na APS, seja em serviços de retaguarda especializada. Não é possível, nem recomendável, haver, além do médico-enfermagem da APS, um homeopata, um massagista, um acupunturista para cada cidadão que disso se beneficie, mas os médicos e enfermeiros generalistas serão grandemente enriquecidos em sua prática se aprenderem homeopatia, acupuntura, yoga, relaxamento, massagem, reiki etc.

O grau de capacitação e profundidade desse aprendizado será variável, conforme as situações e pessoas envolvidas, mas, em princípio, deve ser o maior possível dentro das possibilidades institucionais e interesses pessoais. Inclusive, e obviamente, serão necessários profissionais especializados para possibilitar tal educação permanente e capacitação, e esses profissionais também serão mais demandados em seus núcleos específicos de competência (dentro de suas racionalidades médicas ou técnicas próprias), na medida em que se disseminem as PIC na APS.

Assim, o NASF ou os serviços especializados têm seu lugar no SUS, se intimamente vinculados e parceiros de seus colegas que lhes encaminham pacientes, de modo personalizado, e em esquemas de capacitação, supervisão, matriciamento e discussão de casos, de modo a viabilizar a educação permanente e continuada dos profissionais responsáveis, construindo o campo comum de cuidado nas PIC e a *coordenação do cuidado* pela APS³⁰. De outra forma, os especialistas em PIC em serviços especializados seriam apenas mais alguns dentre a miríade de especialistas pelos quais os usuários constroem seus itinerários terapêuticos dentro do SUS – e fora dele – que não conversam entre si, como, em geral, especialidades médicas e demais profissões da saúde.

Considerações finais

O estudo permitiu analisar a organização das PIC desenvolvidas por um Serviço municipal de saúde especializado, bem como sua relação com a promoção da saúde.

Apesar do incentivo da PNPIC para a implantação das práticas na rede de serviços do SUS, especialmente a APS/ESF, conclui-se que existe o desafio de se compreender e construir quais práticas de saúde podem se inserir no escopo das PIC. Ressalta-se, ainda, que o Sistema de Informação atual não consegue apreender todas as práticas ofertadas nos serviços. Com isso, há um descompasso entre o que é praticado pelos profissionais no Serviço e o registrado no sistema de informação.

Entretanto, as PIC podem ser recursos úteis na promoção da saúde, sobretudo, porque estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, em que se destaca a perspectiva holística e o empoderamento individual, com impactos na vida cotidiana dos sujeitos. Contudo, para potencializar as práticas no campo da promoção da saúde e do cuidado no SUS é preciso superar os desafios referentes a uma prática setorializada, essencialmente individualista e tendente a ficar limitada, restrita e de difícil acesso, no caso de serviços e profissionais especializados “puros” como o investigado, contribuindo pouco para a expansão do acesso às PIC e para a construção e qualificação do campo comum do cuidado e da promoção da saúde no SUS e na APS/ESF.

Colaboradores

Karla Morais Seabra Vieira e Kênia Lara Silva contribuíram na concepção da pesquisa, elaboração, coleta, análise dos dados empíricos, revisão e redação da versão final do artigo. Charles Dalcanale Tesser colaborou na discussão dos dados, revisão e redação da versão final do artigo.

Referências

1. National Center of Complementary and Alternative Medicine. What is complementary and alternative medicine? [Internet]. Bethesda: NCCAM; 2007 [acessado 2011 Mar 31]. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

3. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 3 Maio 2006.
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Brasília, DF: MS; 2009.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saude Colet. 2000; 5(1):163-77.
6. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Cienc Saude Colet. 2012; 17(11):3011-24.
7. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo populacional 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 2012 Nov 26]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Luz MT, Barros NF, organizadores. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2012.
11. Cassiano JG, Serelli LS, Cândido AS, Torquetti A, Fonseca K. Dança sênior: um recurso na intervenção terapêutico-ocupacional junto a idosos hígidos. RBCEH. 2009; 6(2):204-12.
12. Oliveira LCQ, Michalichen MLA. Oficina de memória como recurso terapêutico de terapia ocupacional na faculdade da terceira idade. In: Anais do XII Encontro Latino Americano de iniciação científica, IX Encontro Latino Americano de pós-graduação, III Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior; 2009; São José dos Campos, SP. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2009. p. 1-4.
13. Sousa IMC, Bodstein RCA, Hortale VA, Tesser CD, Santos FAS. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cad Saude Publica. 2012; 28(11):2143-54.
14. Cintra MER, Figueiredo R. Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services. Interface (Botucatu). 2010; 14(32):139-54.
15. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. Cad Saude Publica. 2009; 5(8):1732-42.
16. Silva KL, Sena RR, coordenadoras. Inovação nas práticas de promoção da saúde [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
17. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Cienc Saude Colet. 2011; 16(11):4295-306.
18. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad Saude Publica. 2004; 20(4):1088-95.
19. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção Primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. Saude Soc. 2012; 21(2):336-50.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: MS; 2006.

21. World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: WHO Europe Working Group on Health Promotion Evaluation; 1998.
22. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2005. p. 181-93.
23. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. Cienc Saude Colet. 2011; 3(16):1793-800.
24. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. Trab Educ Saude. 2011; 9(3):361-78.
25. Mcwhinney IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
26. De Simoni C, Benevides I, Barros NF. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNIPIC. Rev Bras Saude Fam. 2008; 9:70-6.
27. Levin JS, Jonas WB, editores. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.
28. Barros NF. Médicos em crise e em opção: uma análise das práticas não-biomédicas em Campinas [dissertação]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas; 1997.
29. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cienc Saude Colet. 2000; 5(2):219-30.
30. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1a ed. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integradoras y complementarias y la relación con la promoción de la salud: experiencia de un servicio municipal de salud. Interface (Botucatu).

Se toman como objeto las prácticas integradoras y complementarias (PIC) en un servicio de referencia en Belo Horizonte, MG, Brazil. Se analiza la organización de las prácticas desarrolladas, teniendo como enfoque analítico su relación con la promoción de la salud y su inserción en el Sistema Único de Salud (SUS). Los resultados indican que las prácticas pueden ser recursos útiles en la promoción de la salud, especialmente porque establecen una nueva comprensión del proceso salud-enfermedad, con un carácter más holístico y empoderado. Para potenciarlas en el campo de la promoción de la salud y del cuidado en el SUS es preciso superar los desafíos de su organización y expansión en los servicios, tales como aproximar a los profesionales de los servicios de referencia y apoyo especializados en PIC de la Atención Primaria de la Salud (APS), construyendo un campo común de cuidado.

Palabras clave: Terapias complementarias. Medicina integral. Promoción de la salud. Atención primaria de la salud.

Recebido em 28/03/13. Aprovado em 27/11/13.