



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NO SUS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.^a Dra. Regina Stella Spagnuolo

Botucatu

2015

Pedro Henrique Leonetti Habimorad

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO
SUS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.^a Dra. Regina Stella Spagnuolo

Botucatu

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Habimorad, Pedro Henrique Leonetti.

Práticas integrativas e complementares no SUS : revisão integrativa / Pedro Henrique Leonetti Habimorad. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Regina Stella Spagnuolo
Capes: 40602001

1. Política de saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Saúde pública. 5. Medicina integrativa.

Palavras-chave: Políticas de saúde; Práticas integrativas e complementares; Promoção de saúde; Revisão integrativa; Sistema Único de Saúde.

PEDRO HENRIQUE LEONETTI HABIMORAD

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: REVISÃO
INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Regina Stella Spagnuolo

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Prof.^a Dr.^a Karina Pavão Patrício

Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade Paulista de Medicina - UNIFESP

Botucatu, 24 de abril de 2015.

Dedicatória

Agradecimentos

***Dedico este trabalho aos profissionais e usuários da
saúde pública que insistem em acreditar na
integralidade do SUS.***

AGRADECIMENTOS

Aos meus mestres no caminho: Dr. José Ruguê Ribeiro Jr. por me abrir os caminhos do Yoga e do Ayurveda. à Lama Gangchen Rinpoche, Lama Michel Rinpoche e Lama Caroline Gammon, que me ensinam a importância da autocura.

À minha orientadora, Regina Stella, pelo estímulo, pelo clima de liberdade e abertura e à professora Sueli Terezinha pela transmissão dos valores que sustentam este trabalho.

À minha esposa Ana Luiza e ao meu filho, João Gabriel, pelo apoio e amor contínuos.

Aos meus pais e à minha irmã pelo amor e confiança.

À Elen, pela inspiração e incentivo durante todo o caminho acadêmico.

Aos meus colegas do trabalho cotidiano, Marly Tieghi de Melo, Janice de Lourdes Megid e Sandra Rosolen Soares, pelo apoio e incentivo para conclusão deste trabalho.

À Prof. Karina Pavão Patrício e ao Prof. Marcelo Demarzo, pelas valiosas contribuições e prontidão.

À Darcila, bibliotecária da UNESP pela assistência paciente na elaboração das estratégias de busca.

Ao Wagner Barboza pela prontidão e eficiência na formatação deste trabalho.

Finalmente, aos usuários e trabalhadores da saúde mental do município de Botucatu, que me fazem querer saber mais.

Resumo

Abstract

RESUMO

Embora a biomedicina seja indispensável à vida contemporânea, a crescente procura por Práticas Integrativas e Complementares (PIC) denuncia as fragilidades deste modelo em responder integralmente às diversas demandas de saúde da população. Apoiando-se na necessidade de efetivação do princípio da integralidade no SUS e atendendo as diretrizes da OMS para implantação das medicinas tradicionais, alternativas e complementares nos sistemas nacionais de saúde, o governo brasileiro lançou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). O presente trabalho se propõe a caracterizar as produções científicas acerca das PIC no SUS antes e após a implantação da PNPIC, destacando as principais fragilidades, potencialidades e perspectivas apontadas pelas pesquisas em relação a este processo. Utiliza-se o método de revisão integrativa, considerando o período temporal entre 2000 e 2013. No período entre Agosto e Novembro de 2013, foram consultadas as bases de dados da Medline, Lilacs, Scielo e Scopus e incluídos 35 artigos, que atenderam os seguintes critérios: trabalhos completos publicados em periódicos, relevantes ao tema e escritos em português, espanhol e/ou inglês. Os dados foram analisados por meio de abordagem quali-quantitativa, apresentados em tabelas e em categorias temáticas e discutidos à luz da integralidade em saúde. Observou-se que a produção sobre PIC no SUS começa a crescer em 2007, que a maioria dos artigos são brasileiros e se concentram na base de dados da Lilacs. A região sudeste concentra o maior volume de artigos sobre o tema e, dentre as universidades, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A maioria dos autores possui graduação na área da saúde e título de doutor. Em relação à abordagem metodológica, os estudos qualitativos possuem maior representatividade e em relação ao desenho de pesquisa destacam-se os estudos descritivos. Os sujeitos mais estudados foram usuários e profissionais do SUS. Observa-se que a maioria dos artigos faz referência às PIC como um todo e que enfocam a atenção primária à saúde. A análise qualitativa permitiu o surgimento de cinco categorias temáticas: 1) Necessidade de formação profissional em PIC para o SUS 2) A estruturação das PIC nos serviços: desafios para a promoção da saúde 3) Acesso e aceitação de PICs por usuários do SUS: perspectivas para uma legitimação popular; 4) Baixo conhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC e 5) Dificuldades no registro de informações sobre as PICs.

As categorias temáticas apontam que as PICs no SUS têm sido bem avaliadas pelos usuários e que embora os profissionais do SUS não estejam capacitados para praticá-las, os mesmos relatam uso pessoal destas terapêuticas. Como desafios para a PNPIC as categorias apontam: capacitação profissional em PICs no SUS, desenvolvimento de ações de promoção de saúde individual e comunitária, divulgação das PICs e da PNPIC entre usuários, gestores e profissionais do SUS, aprimoramento dos sistemas de informação para o correto registro das PICs e legitimação social da PNPIC através da participação política de seus atores.

Os resultados da presente pesquisa reiteram tanto a estratégia da PNPIC de ênfase na Atenção Primária, quanto os principais desafios apontados pelo MS para a consolidação da política no SUS.

Palavras-chaves: Revisão Integrativa, Práticas Integrativas e Complementares, Sistema Único de Saúde, Políticas de Saúde, Promoção de Saúde

ABSTRACT

While biomedicine is indispensable to contemporary life, the growing demand for Integrative and Complementary Practices (ICP) denounces the weaknesses of this model to fully meet the diverse health needs of the population. Relying on the need for realization of the principle of comprehensiveness in SUS and meeting the WHO guidelines for deployment of traditional, complementary and alternative medicines in national health systems, the Brazilian government launched in 2006 the National Policy on Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System (UHS) (NPICP). This study aims to characterize the scientific production about the ICP in the UHS before and after the implementation of NPICP, highlighting the main weaknesses, potential and prospects indicated by the research regarding this process. We use the integrative review method, considering the time period between 2000 and 2013. Between August and November 2013, Medline databases were consulted, Lilacs, SciELO and Scopus and included 35 articles that met the following criteria: full papers published in journals relevant to the topic and written in Portuguese, Spanish and / or English. Data were analyzed using qualitative and quantitative approach, presented in tables and themes and discussed based on health comprehensiveness. It was observed that the production of ICP in UHS begins to grow in 2007, that most articles are Brazilian and are concentrated in the Lilacs database. The southeast region concentrates the largest number of articles on the subject and, among universities, the Federal University of Santa Catarina (FUSC) holds the biggest percentage of articles. Most authors hold a degree in health and doctor's degrees. Regarding the methodological approach, qualitative studies have greater representation and in relation to research design stand out from the descriptive studies. The most studied subjects were UHS users and professionals. It is observed that most of the articles refers to the ICP as a whole and that focus on primary health care. Qualitative analysis allowed the emergence of five thematic categories: 1) Training need for ICP for UHS 2) The structure of the ICP in services: challenges for health promotion 3) Access and acceptance of ICP by UHS users: perspectives for a popular legitimacy; 4) Low knowledge of professionals and managers in relation to NPICP and 5) difficulties in the registration information on the ICP.

The thematic categories show that the ICP in the UHS have been well evaluated by the users and that while UHS professionals are not trained to do them, the same report personal use of these therapies. As challenges for NPICP categories point: professional training in ICP in UHS, developing individual and community health promotion actions, dissemination of ICP and NPICP among users, managers and UHS professionals, improvement of information systems for the correct record of ICP and social legitimization of NPICP through political participation of its actors.

The results of this study confirm both the strategy's emphasis of NPICP in Primary Care, as the main challenges identified by the Health Ministry to the consolidation policy in UHS.

Keywords: Integrative review, Integrative and Complementary Practices, Health System, Health Policy, Health Promotion

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Lista de Figura

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURA

Tabela 1 – Distribuição dos artigos coletados inicialmente e após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados (período entre 2000 e 2013).....	47
Tabela 2 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo o ano de publicação e bases de dados pesquisadas (período entre 2000 e 2013).....	48
Tabela 3 – Distribuição das publicações sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS segundo país de origem e bases de dados, (período entre 2000 e 2013).....	49
Tabela 4 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo o periódico onde foram publicados (período entre 2000 e 2013).....	50
Tabela 5 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo a classificação <i>Qualis</i> dos periódicos onde foram publicados (período entre 2000 e 2013).	51
Tabela 6 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS segundo abordagem metodológica (período entre 2000 e 2013).....	52
Tabela 7 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo os desenhos de estudo.....	52
Tabela 8 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo os tipos de sujeito estudado (período entre 2000 e 2013).....	53
Tabela 9 – Distribuição dos autores dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo a profissão (período entre 2000 e 2013).....	54
Tabela 10 – Distribuição dos autores dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo a titulação do primeiro autor (período entre 2000 e 2013).....	54
Tabela 11 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo instituição de vinculação institucional do primeiro autor.	55
Tabela 12 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas no SUS, segundo as práticas abordadas e os cenários de estudo (período entre 2000 e 2013).....	56

Quadro 1 – Distribuição dos artigos encontrados nos bancos de dados utilizando as palavras-chaves, no período de coleta de dados entre Agosto e Novembro de 2013.....	40
Quadro 2 – Distribuição do número de artigos excluídos nas bases de dados conforme os critérios de exclusão.....	41
Figura 1 – Fluxograma que demonstra o número de artigos obtidos nos bancos de dados com as palavras-chaves e, após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão	42

Lista de Abreviaturas e Siglas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System
MS	Ministério da Saúde do Brasil
MT	Medicina Tradicional
NASF	Núcleo de apoio a Saúde da Família
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Sumário

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	24
1.1 Definindo o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.....	24
1.2 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.....	29
2 OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos.....	34
3 MATERIAL E MÉTODO	36
3.1 Estabelecimento do Problema.....	37
3.2 Seleção da Amostra.....	38
3.2.1 <i>Período de tempo</i>	38
3.2.2 <i>Bases de dados utilizadas</i>	38
3.2.3 <i>Estratégia de busca</i>	39
3.2.4 <i>Composição da amostra</i>	40
3.3 Categorização dos Estudos.....	42
3.3.1 <i>Avaliação dos dados coletados</i>	43
3.4 Análise e Interpretação dos Dados.....	43
3.5 Apresentação dos Resultados e Discussão.....	44
3.5.1 <i>Referencial Teórico</i>	44
3.6 Apresentação da Revisão.....	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 Caracterização da produção do conhecimento.....	47
4.1.1 <i>Dados referentes às publicações</i>	47
4.2 Dados referentes à metodologia.....	51
4.3 Dados referentes à autoria.....	53
4.4 Dados referentes às práticas abordadas e aos cenários de estudo....	56
4.5 Análise Qualitativa.....	57
4.5.1 <i>Necessidade de formação profissional em PICs para o SUS</i>	57
4.5.2 <i>A organização das PICs nos serviços e o desafio da promoção de saúde</i>	63
4.5.3 <i>Acesso e aceitação de PICs por usuários do SUS: perspectivas para uma legitimação popular</i>	68
4.5.4 <i>Baixo conhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC</i>	70
4.5.5 <i>Dificuldades no registro de informações sobre as PICs</i>	71

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	86

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Imagino que apresentar um trabalho, para além de traçar um panorama daquilo que se pretende abordar, inclua também contar a sua história. E como não poderia deixar de ser, a história deste trabalho se mistura com a minha e com as questões que movem a minha prática profissional. É preciso dizer, de partida, que tais questões são vivas! Que adormecem e acordam, que se transformam, e por vezes morrem, como deve ser com tudo aquilo que vive, para renascer novas e vitalizadas, abrindo caminhos antes inexistentes.

Pois bem, meu percurso profissional se inicia como terapeuta alternativo dentro da racionalidade médica ayurvédica, e como instrutor de yoga, atividades estas que exerci até chegar a Botucatu. Foi neste tempo, um tanto fora do mundo nu e cru da saúde pública, que nasceu uma das questões que mobilizaram este trabalho: o que é espiritualidade e qual a sua relação com a saúde física?

Foi no contato com tradição do Ayurveda, talvez o mais antigo sistema médico complexo, que aprendi que a mente e o corpo, assim como a semente e o óleo, são inseparáveis. Onde aprendi que doenças mentais, como a esquizofrenia por exemplo, também são tratadas com massagem, com técnicas de desintoxicação, com dietas, enfim, com práticas que incidem também sobre o corpo.

Foi onde eu aprendi, para além da maravilhosa simplicidade e sofisticação daquelas terapêuticas, que a razão do tratamento médico não se encontra apenas no seu resultado mas, principalmente, no seu processo, que implica em mediar o encontro do paciente com a realidade, muitas vezes dolorosa, de seu adoecimento, traduzindo-lhe os significados mais profundos deste processo e mostrar-lhe, enfim, um caminho compartilhado de cura.

Mas algo me impediu de continuar neste caminho, algo que na época era ainda obscuro e que me impeliu a retomar o estudo formal. No curso de psicologia da Faculdade de Ciências da Unesp em Bauru, onde conclui a graduação me deparei com a Psicologia Histórico Cultural. E apesar de sua base materialista, me atrai imediatamente pela sua explícita posição política, traduzida pela necessidade de superação das injustiças sociais. Através do contato com esta mediação teórica, pude me aproximar da história, da economia, da política e, por fim, da realidade do SUS, onde decidi investir como pesquisador.

Por meio do contato com a Prof. Dra. Sueli Terezinha F. Martins e do grupo de Saúde Mental e Atenção Primária dei meus primeiros passos nesta direção, investigando a atenção ao abuso e dependência de drogas em uma USF do município de Botucatu. Foi neste período, que participei dos eventos da luta antimanicomial, onde me inteirei das origens históricas deste movimento e me apropriei de suas bandeiras.

Por fim, ingressei no CAIS Professor Cantídio, instituição estadual de saúde mental, onde atuei durante dois anos como coordenador da enfermagem psiquiátrica de pacientes agudos. Ali vivenciei os reais limites do modelo biomédico em responder às necessidades dos usuários e compreendi que os mesmos não se relacionavam à falta de humanidade dos profissionais, nem mesmo à sua incompetência, mas ao próprio modelo, que modela (o nome já diz) as relações, reduzindo-as ao estreito espaço da doença.

Compreendi também que este modelo não pode ser transcendido apenas através da determinação de políticas e do desenho de serviços. Longe de desprezar a importância destes elementos, pois eles constituem a base da mudança, percebi que eles não a garantem, que mesmo nos serviços com equipes multidisciplinares e de base territorial as relações podem estar modeladas pela estreiteza da doença.

Era esta realidade que a minha pequena experiência me mostrava e foi neste contexto que renasceram, de uma forma completamente nova, questões antes adormecidas. De que adiantaria lutar contra a medicalização na saúde mental, se todo o setor da saúde está impregnado por ela? A própria separação entre os setores da saúde e da saúde mental não seria expressão da característica especialista e fragmentadora do modelo biomédico, que segrega corpo e mente? A falta de integralidade na saúde pública não seria um problema do próprio modelo biomédico?

A partir desta reflexão iniciou-se uma guinada do projeto que já estava em curso no mestrado, cujo foco era a dependência de drogas. As práticas integrativas e complementares se mostraram novamente como um caminho, um horizonte comum para a imensa separação que atravessava a minha experiência como profissional de saúde: separação entre as linhas de cuidado, entre profissionais e seus pares, entre profissionais e usuários. Separação que, desde o ponto de vista que construí, advém da radicalização da racionalidade biomédica que, ao fragmentar mente e corpo, a partir de um ponto de vista cartesiano e mecanicista, não é capaz

de suprir muitas das necessidades de saúde da população, e cujas fragilidades só podem ser superadas pela legitimação de outras racionalidades afins à qualidade da relação médico paciente, ao auto cuidado, à interdependência entre mente e corpo, entre indivíduo e meio ambiente.

Para além disso, a própria oferta destas outras práticas implica em ampliar as possibilidades de escolha dos usuários, em dar-lhes, portanto, uma parcela de responsabilidade, de protagonismo sobre o cuidado à própria saúde e à saúde coletiva. Neste sentido, acredito ser a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), uma estratégia interessante para a desmedicalização dos espaços públicos de cuidado, bem como para o fortalecimento da autonomia dos usuários, dois dos principais problemas que, na minha opinião, caracterizam a atual crise de atenção na saúde pública.

Longe de pretender dar respostas sobre todas estas questões, o presente trabalho é um esforço em compreendê-las, principalmente a partir da prática. Portanto, pensei que faria sentido investigar o impacto da PNPIC no SUS e procurar discuti-lo à luz da produção sobre a integralidade em saúde, utilizando-me, para tanto, da revisão integrativa da literatura.

A realização deste trabalho pretende significar uma pequena contribuição ao campo da saúde coletiva. Para mim, como pesquisador, ele certamente significa um esforço de síntese, cuja finalidade é dar sentido e significado à minha própria prática profissional no SUS.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definindo o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Embora o modelo biomédico seja indispensável à sociedade contemporânea, ele vem sendo criticado por diversos autores, que problematizam desde a sua base epistemológica, até as suas implicações para a prática médica e as suas consequências no cotidiano das pessoas ¹.

O processo histórico de constituição da biomedicina tem suas raízes no século XVI, com o desenvolvimento da racionalidade científica moderna. A necessidade de expansão econômica das metrópoles europeias, principalmente Portugal e Espanha e a revolução artístico cultural renascentista impulsionaram um significativo desenvolvimento técnico científico na Europa que lançou as bases do ciência moderna ¹.

Sua base epistemológica, erigida principalmente sobre o pensamento cartesiano, a física newtoniana e o empirismo baconiano moldou uma compreensão mecanicista do universo e do homem cujo conhecimento deveria ser alcançado mediante a demonstração matemática de leis universais. Na química, física e biologia os avanços permitidos pela pesquisa científica são inegáveis, assim como a influência destas descobertas no desenvolvimento da medicina ¹.

Nos séculos XVII e XVIII, a medicina clássica passou operar como uma medicina classificatória que, utilizando-se da mesma lógica do sistema de classificação da botânica, visava a observação, descrição, comparação e classificação das doenças. O hospital, que desde então passa a ser dominado pela corporação médica, muito além de servir como espaço de tratamento, proporcionou à mesma um espaço para o ensino, pesquisa e comprovação de seus modelos teóricos .

É neste período que se opera um primeiro e importante deslocamento de objeto da prática médica: o olhar do médico gradualmente deixa de se voltar apenas para o tratamento dos pacientes para se voltar principalmente ao estudo das doenças, ou como aponta Luz ², há a transformação da arte de curar indivíduos doentes em uma disciplina das doenças.

Entretanto, o que se denomina como modelo biomédico, começa a se consolidar apenas no século XIX com o desenvolvimento da anatomia patológica,

disciplina com o objetivo de investigar as doenças mediante exames macro e microscópicos do organismo humano. É através da comprovação das teorias médicas pelos procedimentos diagnósticos desenvolvidos pela anatomia patológica que a medicina se consagra definitivamente como modelo médico-científico ².

A prática clínica derivada deste novo modelo, denominada de anátomo patológica, irá operar um segundo deslocamento de objeto que, segundo Foucault ³, é fundante da medicina moderna: o olhar do médico deixa de se voltar apenas para a história natural da doença, incorporada na evolução dos sinais e sintomas do paciente, para privilegiar a investigação dos tecidos doentes no organismo.

A partir desta mudança todo o campo de pesquisas e práticas médicas irá se reconfigurar, incorporando novos saberes e tecnologias, cada vez mais diversificados, complexos e especializados os quais caracterizam hoje o campo da biomedicina. Ao analisar o processo de constituição deste campo por uma perspectiva sócio antropológica, Luz ² o descreve a partir de uma tripla cisão: 1) cisão entre a ciência das doenças e a arte de curar 2) cisão na prática médica entre a diagnose e a terapêutica, com o predomínio daquela sobre esta; 3) e finalmente, a cisão na prática clínica da unidade relacional médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o doente pela interposição de novas tecnologias.

A orientação para a doença, em detrimento do sujeito doente, para a diagnose, em detrimento da terapêutica, assim como a supervalorização da tecnologia e da especialização, são algumas premissas centrais da ciência biomédica que, embora a tornem eficaz para inúmeras situações, trazem inúmeras implicações práticas, dentre elas a dificuldade em ofertar uma atenção integral, que considere as demais dimensões do paciente, para além da dimensão biológica.

A atenção integral, tema recentemente discutido no campo da Saúde Coletiva e traduzido pelo termo integralidade, é um dos princípios ético normativos do Sistema Único de Saúde (SUS) e, embora abrigue diferentes de sentidos, pode ser essencialmente compreendido como a capacidade dos serviços públicos e de seus profissionais em oferecer uma atenção de qualidade que considere a complexidade das múltiplas dimensões dos problemas de saúde pública e das pessoas, bem como dos riscos da vida moderna ⁴.

Este primeiro sentido do termo integralidade diz respeito à prática do profissional de saúde mas, essencialmente, à do médico, uma vez que todo o

sistema se organiza em torno da sua prática.

Sabe-se que o modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil, denominado como modelo médico assistencial privatista, é de natureza principalmente curativa e se traduz em uma estrutura de serviços (hospitais, serviços de urgência e emergência, clínicas, ambulatórios, centros de saúde, etc) organizados em especialidades médicas e cuja demanda é espontânea e essencialmente individual. O baixo impacto deste modelo na saúde coletiva, impõe ao Estado a necessidade de combiná-lo, embora de forma desigual, ao modelo sanitista, também de natureza biomédica, no qual a oferta dos serviços é organizada em campanhas (vacinação, combate às epidemias, etc) e programas especiais (saúde da criança, saúde da mulher, controle de tuberculose, hanseníase, etc) a qual é condicionada por necessidades de saúde previamente determinadas ⁵.

Um outro sentido do termo integralidade, entendido como modo de organização das práticas de saúde, emerge quando os serviços pretendem articular estes dois tipos de oferta, a assistência médica e as campanhas e programas especiais ⁵. A própria constituição do SUS é emblemática neste sentido pois representou a unificação de dois sistemas antes separados, o da assistência médica, a cargo da Previdência Social, e o de saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde. Com o advento do SUS, uma série de mudanças organizacionais no sistema, como por exemplo a unificação dos prontuários, dentre várias outras, tiveram que acontecer para garantir um aumento da integralidade na assistência ⁵. Outro exemplo deste sentido de atenção integral pode ser traduzido como a possibilidade do usuário acessar os diferentes serviços dentro do sistema, sendo a organização das práticas e dos serviços fundamentais neste sentido.

Ainda, um último sentido de integralidade diz respeito a integralidade de políticas especiais, ou seja, à forma como determinados programas especiais de atenção à saúde são pensados no sentido de garantir uma atenção integral, incluindo neste âmbito, a capacidade dos mesmos em articular de forma efetiva ações preventivas e assistenciais ⁵.

Sem desconsiderar a importância destes dois últimos sentidos cuja defesa continua implicando a universalidade do acesso ao SUS, o presente trabalho entende como fundamental a defesa da integralidade enquanto traço da boa medicina. Parte-se da hipótese de Tesser ⁴ de que a integralidade e a racionalidade biomédica são mutuamente exclusivas, sendo a primeira um problema

epistemológico para a segunda. Entende-se que seja justamente por esta incompatibilidade que a integralidade tem sido descrita como uma imagem objetivo ou como um coeficiente, ou seja, como algo que, mediante manejos organizacionais do sistema deva ser ampliado pois, em última instância, a própria lógica em que o sistema opera, a lógica biomédica, lhe é oposta.

Em razão desta incompatibilidade constata-se que, desde o final da década de sessenta, um crescente interesse nos grandes centros urbanos pelas ditas medicinas alternativas, muito embora elas já estivessem presentes em diversas culturas como sistemas tradicionais de cura.

O termo *medicina alternativa* é usado de forma genérica e pouco precisa para descrever o conjunto de práticas terapêuticas que não pertencem à medicina científica, as quais assumem um caráter oposto à esta última, principalmente pelo fato de que enquanto a medicina científica privilegia a descrição e diagnose das doenças, as medicinas alternativas privilegiam as terapêuticas mediante teorias voltadas para os aspectos ambientais e comportamentais envolvidos no processo saúde-doença ⁷.

A imprecisão na definição do termo gerou um posicionamento de diversas instituições ligadas às medicinas alternativas, no sentido de afirmá-las não apenas como práticas alternativas, ou seja, que excluem as práticas médicas convencionais, mas como práticas complementares, isto é, que são utilizadas concomitantemente aos tratamentos biomédicos ⁸.

O *National Center of Complementary and Alternative Medicine*, (NCCAM) instituição norte americana de referência na área, utiliza o termo *Medicina Alternativa e Complementar* (MAC), que é definido como: (...) *um grupo diverso de práticas, de produtos, de sistemas médicos e de cuidado em saúde, que atualmente não são considerados como parte da medicina convencional*" ⁸. Segundo a classificação proposta por esta instituição, as MAC são organizadas em: sistemas médicos alternativos (Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayrvédica, etc); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (baseadas em produtos naturais não reconhecidos cientificamente); métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios); e terapias energéticas (reiki, chi gong, etc) ⁸.

Na tentativa de superar a lógica da complementaridade em direção à integração ao modelo biomédico a partir de um novo paradigma, alguns autores têm

utilizado o termo *medicina integrativa*, que supõe o uso de medicinas complementares alicerçado em estudos científicos de segurança e eficácia. Entretanto, conforme estudo de Otani e Barros ⁹ o uso do termo medicina integrativa como diferente de medicina complementar ainda não é consensual, pois o primeiro carece de definições mais consistentes.

No principal documento sobre o tema, publicado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde e denominado “*Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*” ¹⁰, as MAC estão incluídas em uma definição mais ampla através do termo *Medicinas Tradicionais* (MT), que faz referência às práticas nativas dominantes em diversas culturas (Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Unani, Ayurveda, etc). Segundo o texto, quando tais práticas não estão presentes nos sistemas nacionais de saúde, elas passam a ser denominadas como MAC. É interessante observar que esta opção conceitual da OMS explicita o valor das medicinas tradicionais para determinadas culturas, que as utilizam desde antes do surgimento da biomedicina.

Uma importante contribuição teórica para a definição e conceituação das MAC advém do estudo de Luz ² no qual é cunhado o conceito de *racionalidade médica*, definido como:

“(...) um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes compostos por cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana, uma dinâmica vital, um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica, todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia.”

A partir desta definição, a categoria racionalidade médica identifica uma estrutura organizativa para os sistemas médicos complexos, capaz de definir: a estrutura do corpo humano e a sua dinâmica de funcionamento, quando há ou não doença, suas causas e provável evolução e a intervenção terapêutica mais adequada, permitindo a comparação entre os mesmos e a diferenciação entre estes sistemas e outros recursos terapêuticos alternativos.

Neste sentido, apenas alguns conjuntos de práticas no grande universo das práticas alternativas e complementares caracterizam-se como racionalidades médicas, sendo compreendidas como sistemas médicos complexos: a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), o Ayurveda e a Homeopatia. O restante das práticas alternativas e complementares passam a ser definidas de forma genérica como recursos terapêuticos.

1.2 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS

As medicinas integrativas, complementares ou alternativas têm sido pauta nas agendas de grandes organismos internacionais, como a OMS que, já no final da década de 70, lançava o *Programa de Medicina Tradicional*, com o objetivo de criar políticas públicas na área. Em 2002, publicou o documento já mencionado “*WHO Traditional Medicine Strategy*”¹⁰ que legitima aquela proposta, visando apoiar: 1) programas nacionais de pesquisa e treinamento, 2) a definição de diretrizes técnicas e padrões internacionais, 3) a facilitação da troca de informações e 4) a integração da Medicina Tradicional/ Medicinas Alternativas e Complementares (MT/MCA) nos sistemas nacionais de saúde. Segundo a OMS, de seus 191 Estados-membros, apenas 25 tem alguma política nacional sobre MT/MAC, 65 tem leis e regulamentações para fitoterápicos e 19 tem um instituto nacional de pesquisa nestas áreas¹⁰.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, atendendo à necessidade de se conhecer experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública, realizou o “Diagnóstico Nacional”, no período de março e junho de 2004, que envolvesse as experiências relativas às práticas alternativas e complementares já integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹.

Os resultados deste diagnóstico demonstraram a estruturação de algumas dessas práticas em 232 municípios, dentre esses 19 capitais, num total de 26 estados. As práticas mais frequentes foram a homeopatia, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) / acupuntura, a fitoterapia e a medicina antroposófica. Sobre a presença de lei ou ato municipal normatizando as ações e serviços, apenas 6% dos estados/municípios responderam positivamente. Verificou-se ainda que as ações de todas as práticas integrativas e complementares acontecem preferencialmente na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família (ESF), em menor ocorrência na atenção especializada, hospitais, serviços de saúde mental, entre outros¹¹.

Em virtude da crescente demanda da população brasileira por meio das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e das recomendações da OMS, o Ministério da Saúde aprovou em 2006, os documentos *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*¹² e a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares* (PNPIC)¹¹, que dão as diretrizes para o desenvolvimento das PIC no SUS.

A PNPIC, objeto deste estudo, pretende atender a necessidade de conhecer, apoiar e incorporar as experiências com práticas integrativas e complementares já em andamento na rede pública de saúde, dando diretrizes às três esferas de gestão do SUS para a sua consolidação. De acordo com seu texto, a incorporação de tais práticas na saúde pública brasileira se justifica principalmente pela garantia da integralidade.

A política inclui o apoio a sistemas médicos complexos: a Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia; e a recursos terapêuticos alternativos e complementares: a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e o Termalismo Social (Crenoterapia), sendo os dois últimos em caráter de observação através da criação de observatórios de saúde. Busca estimular os mecanismos naturais de prevenção, recuperação e promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, por meio de tecnologias eficazes e seguras, privilegiando a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade ¹¹.

A PNPIC, ao promover uma oferta diversificada de propostas terapêuticas no SUS, valoriza o poder de escolha do usuário bem como a sua participação através do controle social na sua implantação, avaliação e monitoramento.

Para o cumprimento destes objetivos, o documento descreve 11 diretrizes, cuja organização e implementação couberam aos grupos de trabalho de cada um dos cinco grupos de práticas apoiados pela política. Em linhas gerais, as diretrizes estabelecem linhas de ação referentes ao financiamento, à intersectorialidade e interface com outras políticas do MS, à implantação, monitoramento e avaliação, à gestão, ao ensino, à pesquisa e ao acesso à informação e aos insumos relativos às PIC ¹¹.

Dois anos após a publicação da PNPIC foi realizado um novo diagnóstico, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) com o objetivo de analisar o conhecimento, a institucionalização e a oferta nas Práticas Integrativas e Complementares nos municípios brasileiros ¹³. Enquanto o primeiro diagnóstico recebeu apenas 25% de respostas do universo de 5.560 municípios, o segundo recebeu 73% do universo de 5.565 municípios. Este estudo conclui que a portaria 971 que institui a PNPIC, além de ter estimulado muitos municípios a ampliar e institucionalizar a oferta de PIC, também parece ter orientado sua inserção junto a

Atenção Básica, com destaque para a crescente inserção destas práticas nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

De acordo com o novo levantamento, dos 4.051 municípios que responderam os questionários, 7% afirmaram possuir algum tipo de assistência em homeopatia sendo que destes, 63% garantem o fornecimento de medicamentos; 4,5% relataram a presença de ações em MTC sendo que, especificamente em relação à acupuntura, 5% dos municípios relataram ações no SUS; 9% possuem ações em fitoterapia e, em 56% deste universo há fornecimento de medicamentos fitoterápicos; 1% possuem ações em Medicina Antroposófica; e 1,5% em Termalismo Social ¹³.

Ainda neste diagnóstico foram listados alguns desafios mais imediatos e estratégicos para o desenvolvimento da PNPIC: 1) viabilização da formação e qualificação dos profissionais em número adequado para atuar no SUS; 2) implementação do Monitoramento e Avaliação, considerando as diretrizes gerais da política, a institucionalização da avaliação da Atenção Básica, as especificidades de cada componente e os níveis de atenção; 3) o fornecimento de insumos (medicamentos homeopáticos/fitoterápicos, agulhas para MTC/acupuntura); e 4) a implementação de pesquisa em PIC, fomentando a ampliação de conhecimento, considerando as necessidades e diretrizes do SUS.

Em outro trabalho que focaliza o modelo de atenção da saúde da família e as PIC como movimentos sociais, Barros ¹⁴ aponta para os desafios de seus atores sociais visando a implantação da PNPIC, destacando a necessidade de maior articulação política dos mesmos, principalmente daqueles considerados “desviantes”, ou seja, que se indignam com as iniquidades do sistema de saúde. O autor aponta que é justamente este grupo de atores que deve se unir em coletivos divergentes para reivindicar e desencadear ações, mesmo que o processo de implementação da PNPIC esteja ainda em fase inicial e dependa de tempo para que as novas práticas culturais sejam assimiladas. Neste sentido, o que se coloca como dificuldade no cotidiano dos trabalhadores da ESF deve ser compartilhado e considerado como pauta para reivindicação de mudanças.

Em 2011, a Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pertencente ao DAB do MS, publicou o relatório de Gestão 2006-2010 ¹⁵, relativo ao desenvolvimento das políticas de práticas integrativas e complementares no SUS. O documento faz um panorama da PNPIC no SUS no

âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), descrevendo seus avanços, perspectivas e desafios no período em questão.

O principal avanço refere-se à normatização e institucionalização das experiências em PIC nos municípios, em consonância com as diretrizes do documento da OMS, do qual o Brasil é signatário. Como perspectivas, o documento destaca a criação do NASF visto que por meio dele se torna viável a inserção de profissionais médicos homeopatas e profissionais acupunturistas no âmbito da atenção básica. Dada a grande interface que as políticas das PIC no SUS estabelece com outros programas, políticas e setores do governo, o documento aponta para o desenvolvimento dos mesmos como um ponto importante para o avanço das PIC no SUS.

O documento reitera os desafios de implementação da PNPIC apontados pelo primeiro diagnóstico e acrescenta outros. Coloca como necessidades prioritárias: 1) a formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuar no SUS; 2) monitoramento e avaliação dos serviços, considerando as diretrizes gerais da política, a institucionalização da avaliação da Atenção Básica, as especificidades de cada componente e os níveis do sistema; 3) fornecimento dos insumos (medicamento homeopático/ fitoterápicos /agulhas para MTC - Acupuntura); 4) a estruturação dos serviços na rede pública; 5) o desenvolvimento/adequação de legislação específica para os serviços no SUS e 6) o investimento em P&D para desenvolvimento de processos e produtos.

Diante destas constatações em relação à implantação da PNPIC pergunta-se: quais têm sido os temas privilegiados e as evidências científicas apontadas pelas pesquisas em relação a implantação das PIC no SUS e da PNPIC? Será que os resultados de tais pesquisas corroboram as conclusões do MS em relação aos principais avanços, perspectivas e desafios deste processo? Qual tem sido a contribuição de tais pesquisas para a discussão sobre a integralidade no SUS?

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional afim de mapear e discutir a contribuição da produção científica acerca das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, tentando responder aspectos e dimensões que vêm sendo destacados e investigados na literatura no período de 2000 a 2013, seis anos antes e cinco anos após a publicação da PNPIC.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os estudos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, quanto a: base de dados, ano de publicação, país de origem, periódicos e suas respectivas classificações *Qualis*, titulação, profissão e universidades às quais os autores se vinculam, abordagem metodológica, às práticas integrativas e complementares estudadas, os cenários e os sujeitos dos estudos.
- Identificar e categorizar os principais temas relativos aos avanços, desafios e perspectivas das PIC no SUS e da PNPIC.

Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos.

Nesse cenário, a revisão emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A revisão constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), que se caracteriza como uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência ¹⁶. Dessa forma, é fundamental diferenciá-la das linhas de estudos existentes.

A meta-análise é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados ¹⁶.

A revisão sistemática, por sua vez, é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados ¹⁶.

A revisão integrativa, método utilizado neste trabalho, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular ¹⁷.

Segundo Jackson ¹⁸, a revisão integrativa pode ser definida como uma pesquisa na qual o revisor está principalmente interessado em inferir generalizações acerca de questões substantivas de um conjunto de estudos que as tematizam. Neste sentido, a revisão integrativa deve examinar os estudos com hipóteses concorrentes, sugerir novas questões teóricas e identificar a necessidade de novas investigações.

Dada a complexidade dos dados envolvidos em uma revisão integrativa, o rigor metodológico é de fundamental importância para sua validade. Ganong ¹⁹

aponta que uma boa revisão integrativa deve se utilizar de métodos que garantam análises objetivas, acuradas e minuciosas; considerar as abordagens teóricas, assim como os resultados, métodos, sujeitos e variáveis dos estudos e prover os leitores de informações sobre os estudos revisados e não apenas em relação aos seus resultados.

No presente trabalho, os estudos publicados que compuseram a amostra foram analisados conforme os pressupostos de Ganong ¹⁹ que esclarece que o método de “revisões integrativas da literatura” envolve seis passos: estabelecimento do problema da revisão, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados e apresentação da revisão.

3.1 Estabelecimento do Problema

Nesta etapa são formuladas as hipóteses ou questões para a revisão. O problema deve ser estabelecido com a mesma clareza e especificidade que a hipótese de uma pesquisa primária. A construção da questão da pesquisa deve estar relacionada a um raciocínio teórico e deve basear-se em definições já apreendidas pelo pesquisador ¹⁹.

Tendo em vista a recente instituição da PNPIC, ainda em fase de implantação, e seu objetivo de efetivação do princípio da integralidade no SUS, pergunta-se:

- Como tem sido a produção de pesquisas científicas sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS antes e após o lançamento da PNPIC?
- Quais evidências podem ser encontradas em tais pesquisas em relação aos avanços, perspectivas e desafios da PIC no SUS e da PNPIC?
- Qual é a contribuição de tais pesquisas para a discussão sobre a efetivação do princípio da integralidade no SUS?

3.2 Seleção da Amostra

Intrinsecamente relacionada à fase anterior, a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada ²⁰. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados.

Estes mesmos critérios poderão sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos, tendo em vista que na medida em que avança o procedimento metodológico pode-se fazer necessária uma redefinição destes critérios e até mesmo do problema, diante dos artigos encontrados na literatura. A avaliação da adequação de metodologia não deve ser utilizada como um critério de inclusão, pois esta exigência seria um problema se o pesquisador excluísse quase todos os estudos encontrados com uma metodologia inadequadamente aplicada ²⁰.

3.2.1 Período de tempo

Para responder as questões norteadoras da revisão foram considerados trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais, no período delimitado entre os anos de 2000 a 2013, que compreende seis anos antes e cinco anos após a publicação da PNPIC.

3.2.2 Bases de dados utilizadas

Para o levantamento dos artigos na literatura, foram utilizados quatro banco de dados: a base Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline), a base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), a base Scientific Eletronic Library (Scielo) e a base internacional Scopus. As três primeiras disponibilizadas através do site de acesso livre do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, antiga Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) e a última consultada no Serviço de Biblioteca e Documentação da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Campus Botucatu, que também disponibilizou todos os artigos selecionados pelo processo de comutação entre as bibliotecas cooperadoras e consulta no acervo de periódico.

3.2.3 Estratégia de busca

É sabido que os termos: *práticas alternativas*, *práticas integrativas* ou *práticas complementares* fazem referência a um universo muito amplo de práticas sendo necessário na elaboração de uma estratégia de busca, uma discriminação mais acurada deste universo para que o mesmo pudesse ser contemplado em seu resultado (por exemplo a utilização dos nomes das práticas, como: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, etc...). Devido ao número significativo de artigos selecionados mediante a primeira busca optou-se pela não realização desta discriminação. Acredita-se também que a opção por termos menos específicos, favoreceu a seleção de artigos que tratavam das práticas integrativas e complementares como um todo e, por consequência, a discussão que se pretendeu realizar tendo em vista a relação com a PNPIIC dado que ela abrange diversas práticas.

Inicialmente foi utilizada uma estratégia de busca utilizando as seguintes palavras chaves: “Sistema Único de Saúde” e “Medicina Integrativa”. Para este último termo utilizou-se os seguintes descritores sinônimos, tal como descritos no sítio de consulta dos descritores de sinônimos em Ciências da Saúde (DECS): Terapias Integrativas, Medicina Complementar, Terapias Complementares, Medicina Alternativa e Terapias Alternativas. O termo “Sistema Único de Saúde” foi conjugado com o termo “Medicina Integrativa” e com cada um de seus descritores sinônimos, nas bases de dados supra referidas (Ex. Terapias Integrativas AND Sistema único de Saúde”; Terapias Integrativas AND Sistema Único de Saúde, etc).

O quadro abaixo apresenta o número de artigos encontrados nos bancos de dados com as palavras-chaves descritas no parágrafo anterior, no período de coleta de dados realizado entre Agosto e Novembro de 2013.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos encontrados nos bancos de dados utilizando as palavras-chaves, no período de coleta de dados entre Agosto e Novembro de 2013.

Palavras- chaves	Lilacs	Medline	SciELO	Scopus	Total
(Sistema Único de Saúde) AND (Medicina Integrativa)	5	0	1	13	19
(Sistema Único de Saúde) AND (Terapias Integrativas)	14	0	3	6	23
(Sistema Único de Saúde) AND (Medicina Complementar)	46	1	6	19	72
(Sistema Único de Saúde) AND (Terapias Complementares)	43	1	6	15	65
(Sistema Único de Saúde) AND (Medicina Alternativa)	47	1	4	29	81
(Sistema Único de Saúde) AND (Terapias Alternativas)	43	1	0	19	63
Total Inicial da Amostra	198	4	20	101	323

3.2.4 Composição da amostra

Para responder as questões da presente revisão se fez necessária a delimitação da situação/ambiente dos fenômenos estudados. Os critérios de inclusão foram: artigos completos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período entre 2000 e 2013, publicações em periódicos nacionais e internacionais nos idiomas: português, inglês e espanhol.

Foram excluídos da amostra: os artigos que apresentaram pesquisas cujos objetivos ou objetos estudados não se relacionaram com a temática das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde; estudos não publicados como teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso; comunicações e revisões de literatura; trabalhos que se repetiram nas bases de dados, trabalhos anteriores a 2000 e em idioma diferentes do português, inglês e/ou espanhol; e trabalhos incompletos.

A exclusão de teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso se configuram como um limite do presente estudo uma vez que a produção acadêmica sobre PICs no SUS nestes formatos é considerável.

No quadro dois é observada a distribuição do número de artigos excluídos nas bases de dados conforme os critérios de exclusão. O critério que mais excluiu artigos foi o relativo à pertinência do tema.

Quadro 2 – Distribuição do número de artigos excluídos nas bases de dados conforme os critérios de exclusão.

Critérios de Exclusão	LILACS	MEDLINE	SCIELO	SCOPUS	Total
1. Fora do tema	99	2	3	64	168
4. Anteriores a 2000	0	0	0	0	0
5. Repetidos	69	1	5	36	111
6. Revisões	1	0	0	0	1
7. Em outros idiomas	0	0	0	0	0
8. Teses	0	0	0	0	0
9. Dissertações	3	0	0	0	3
10. Monografias	0	0	0	0	0
11. Comunicações	3	0	0	1	4
12. Trabalhos incompletos	1	0	0	0	1
Total de Excluídos	176	3	8	101	288

O fluxograma a seguir demonstra o número de artigos obtidos nos bancos de dados com as palavras-chaves, totalizando uma amostra inicial de 323 trabalhos e, após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão, o número de trabalhos selecionados, que somou 35 artigos ^{4,9,27,28,29,30,31,34,36,38,39,40,41,42,44,45,46,47,48,49,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,64,65,66}.

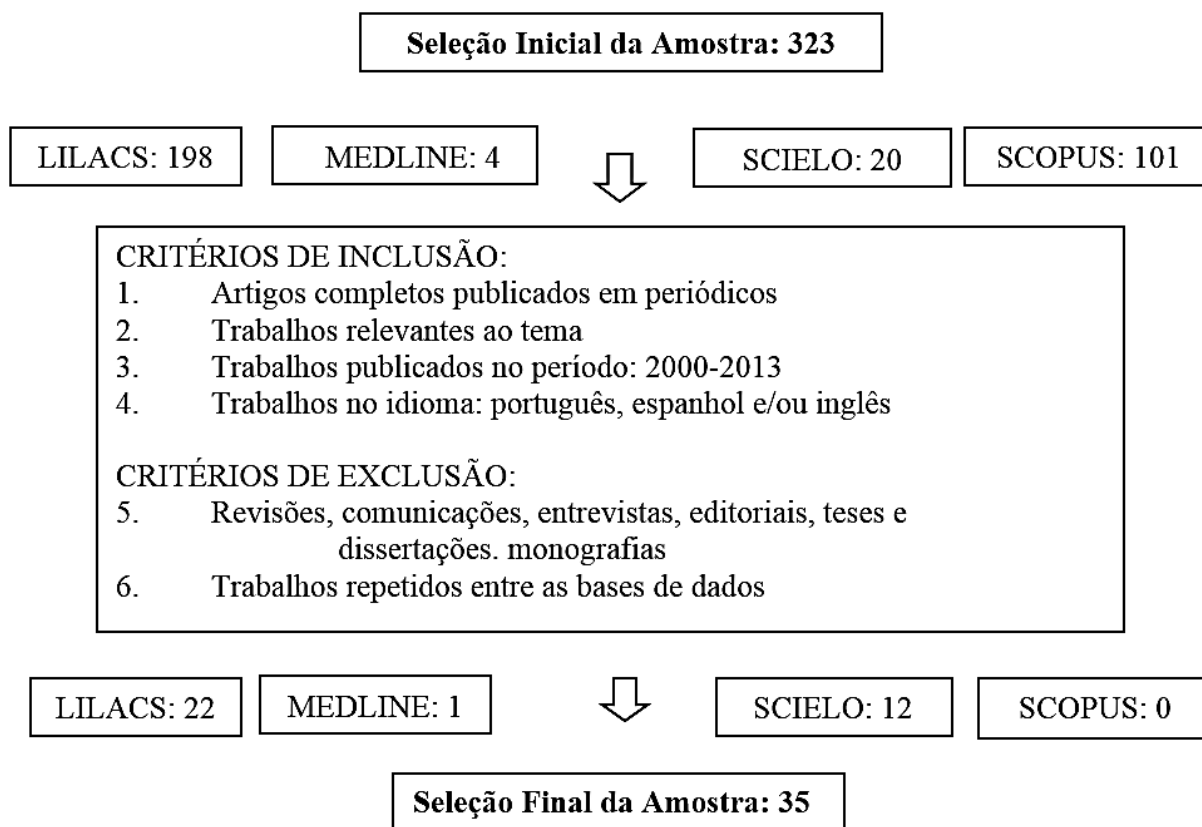


Figura 1 – Fluxograma que demonstra o número de artigos obtidos nos bancos de dados com as palavras-chaves e, após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão

3.3 Categorização dos Estudos

Segundo Ganong ¹⁹ a essência da revisão integrativa é a categorização dos estudos. O revisor tem como objetivo nesta etapa, organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Geralmente as informações devem abranger a amostra do estudo (sujeitos), os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo ¹⁹.

O fichamento dos artigos selecionados, que permitiu avaliar e extrair os dados de cada artigo separadamente, foi norteado por um instrumento elaborado e validado por Rocha ²¹ (anexo A), que continha as seguintes categorias de dados a serem extraídos: 1) dados de publicação (título, bases de dados, ano, volume, número, páginas); 2) dados dos autores (nome, profissão e titulação); 3) periódico; 4) abordagem metodológica; 5) objeto de estudo; 6) objetivo; 7) problema; 8)

sujeitos; 9) conceitos; 10) resultados; 11) cenário e 12) categorias. Para a tabulação destes dados foi utilizada uma planilha de Excel 2011(Microsoft Corp., Estados Unidos).

3.3.1 Avaliação dos dados coletados

Embora a adequação das metodologias não tenha correspondido a um critério de inclusão ou exclusão para a seleção dos trabalhos, para a análise e comparação das evidências apresentadas é de fundamental importância a definição de critérios para avaliação da qualidade dos estudos selecionados.

Whittemore ¹⁷ aponta que a avaliação dos dados nas revisões integrativas deverá variar de acordo com as características dos estudos incluídos na amostra. Se os estudos incluídos possuem um desenho de pesquisa similar, o cálculo de *scores* para qualifica-los e a consideração destes valores na análise é a melhor solução.

No caso de revisões integrativas que incluem estudos de diferentes naturezas metodológicas apenas faz sentido a avaliação de qualidade dos estudos que apresentam dados discrepantes. Neste caso, a metodologia pode ser uma explicação viável para evidências contraditórias ¹⁷.

3.4 Análise e Interpretação dos Dados

De forma semelhante à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo.

A análise de dados na revisão integrativa, requer que os dados dos diferentes estudos sejam ordenados, codificados, categorizados e resumidos em uma conclusão única e integrada em relação ao problema de pesquisa. Uma interpretação minuciosa e sem viés, bem como uma síntese inovadora das evidências, são os objetivos da análise de dados ¹⁷.

O processo de análise dos estudos desta pesquisa deu-se nas dimensões quantitativa e qualitativa. Seguindo a sugestão de Ganong ¹⁹, a análise quantitativa encontra-se apresentada em tabelas, que expressam as principais características e delineamento dos artigos selecionados. A análise qualitativa foi realizada através do

método de análise de conteúdo na vertente representacional do tipo temática, conforme proposto por Bardin ²², para instrumentalizar e operacionalizar a análise do conteúdo dos artigos que compõem a amostra deste trabalho.

A análise de conteúdo segundo Bardin, desdobra-se em três fases. A pré-análise é uma fase de organização, com o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais elaborando um plano de análise, e inclui (a) leitura flutuante, (b) escolha dos documentos, (c) formulação de hipóteses e objetivos, (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, (e) preparação do material. Esta fase deverá obedecer a regras, como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Na segunda fase, serão feitas operações de codificação e enumeração, e na terceira poderão ser feitas operações estatísticas simples ou complexas que permitirão estabelecer um quadro de resultados com as informações organizadas pela análise anterior. Posteriormente, será possível a realização de inferências e interpretação dos dados, obtendo-se categorias temáticas para cada tópico investigado.

3.5 Apresentação dos Resultados e Discussão

Nesta etapa, os dados foram interpretados e discutidos estabelecendo relações com outras teorias, dando sugestões para futuras pesquisas. Os dados extraídos dos estudos permitiram a produção de dez tabelas que caracterizaram os artigos incluídos e a identificação de cinco categorias temáticas referentes aos avanços, desafios e perspectivas das PIC no SUS e da PNPIC.

3.5.1 Referencial Teórico

Os resultados foram discutidos com base nas produções acerca da integralidade do cuidado ^{25,4}

3.6 Apresentação da Revisão

Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados

evidenciados na análise dos artigos incluídos. É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada.

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da produção do conhecimento

4.1.1 Dados referentes às publicações

A amostra das publicações coletadas no período de Agosto a Novembro de 2013 apresentou 323 trabalhos (amostra inicial) que por sua vez passaram por uma seleção que respeitou os critérios de inclusão e exclusão.

Foram selecionados no banco de dados da Lilacs 22 artigos, 1 artigo no Medline, 12 no Scielo e nenhum artigo no Scopus, totalizando 35 artigos selecionados que compõem a amostra final. Estes trabalhos correspondem a 10,8% da amostra inicial.

A tabela 1 demonstra a representatividade da amostra inicial e final nos bancos de dados onde às publicações foram indexadas. O banco de dados da Lilacs apresenta a maior indexação de artigos referentes ao tema com 22 artigos, que correspondem a 62,9% da amostra final e, em seguida, o banco de dados da Scielo, com 12 artigos que correspondem a 34,2% da amostra final. O banco de dados da Medline indexou apenas um artigo pertinente ao tema, correspondendo a 2,9% da amostra final, enquanto o banco de dados da Scopus não indexou nenhum artigo referente a temática Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos coletados inicialmente e após a análise pelos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados (período entre 2000 e 2013).

Banco de Dados	Artigos Amostra Inicial		Artigos Amostra Final	
	n	F	N	F
Lilacs	198	61,3%	22	62,9%
Medline	4	1,2%	1	2,9%
Scielo	20	6,2%	12	34,2%
Scopus	101	31,3%	0	0%
TOTAL	323	100%	35	100%

A produção científica sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS que compõe a amostra final começou a crescer a partir de 2007, um ano após o lançamento da PNPIC e dois anos após a inclusão das PIC como nicho estratégico de pesquisa na agenda nacional de prioridades em pesquisa¹⁵. Visto que não foi selecionado nenhum artigo anterior a 2006, ano da publicação da PNPIC, não coube análise das publicações anteriores e posteriores a política, conforme mencionado nos objetivos específicos.

O ano de maior indexação de artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, no período investigado, foi 2012, seis anos após a publicação da PNPIC, correspondendo a 25,7% dos artigos que compõe a amostra.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo o ano de publicação e bases de dados pesquisadas (período entre 2000 e 2013).

ANO DE PUBLICAÇÃO	Lilacs	Medline	Scielo	Scopus	Total	%
2013	1	0	4	0	5	14,3%
2012	5	1	3	0	9	25,7%
2011	3	0	1	0	4	11,4%
2010	6	0	0	0	6	17,1%
2009	1	0	2	0	3	8,6%
2008	4	0	1	0	5	14,3%
2007	2	0	1	0	3	8,6%
2006	0	0	0	0	0	0
2005	0	0	0	0	0	0
2004	0	0	0	0	0	0
2003	0	0	0	0	0	0
2002	0	0	0	0	0	0
2001	0	0	0	0	0	0
2000	0	0	0	0	0	0
TOTAL	22	1	12	0	35	100%

Na tabela 3, podemos observar, que o país que mais publicou artigos sobre as PIC no SUS foi o Brasil (93,9%), com a grande maioria da produção de artigos científicos na área, seguido dos Estados Unidos (3%) e Espanha (3%). Este

dado já era esperado visto que o objeto da pesquisa são as PICs no sistema de saúde brasileiro.

O idioma predominante foi a língua portuguesa (94,2%). Apenas dois artigos eram em outro idioma: um na língua inglesa (2,9%) e um na espanhola (2,9%), o primeiro indexado na Medline e o segundo na Lilacs.

Tabela 3 – Distribuição das publicações sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS segundo país de origem e bases de dados, (período entre 2000 e 2013).

País de Origem	Lilacs	SciELO	Medline	Scopus	Total	F
Brasil	22	11	0	0	33	94,2%
Espanha	0	1	0	0	1	2,9%
Estados Unidos	0	0	1	0	1	2,9%
Total	22	12	1	0	35	100

Os artigos foram encontrados em 21 periódicos apresentados na tabela 3. O periódico “Interface Comunicação, Saúde, Educação” foi o que mais indexou artigos sobre as PIC no SUS (5), no período entre 2000 e 2013. Este dado poderia ser justificado pelo caráter interdisciplinar deste periódico e pela sua inclinação à articulação com a Filosofia, Ciências Sociais e Humanas, bem como aos estudos qualitativos. Em seguida, os periódicos “Cadernos de Saúde Pública” (4) e “Ciência & Saúde Coletiva” (4), a “Revista de Saúde Pública” (3), os periódicos “Saúde & Sociedade” (2) e a “Revista APS” (2). Por fim, os demais periódicos apresentaram 1 artigo cada sobre as PIC no SUS, no período entre 2000 e 2013, conforme Tabela 3.

Tabela 4 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo o periódico onde foram publicados (período entre 2000 e 2013).

Periódicos	N	F
Arquivos Catarinenses de Medicina	1	2,8%
Brasília Médica	1	2,8%
Cadernos de Saúde Pública	4	11,4%
Ciência & Saúde Coletiva	4	11,4%
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	1	2,8%
História, Ciências, Saúde – Manguinhos	1	2,8%
HU Revista	1	2,8%
Interface – Comunicação, Saúde, Educação	5	14,3%
Journal of Ethnopharmacology	1	2,8%
Journal of Health and Science Institute	1	2,8%
O Mundo da Saúde	1	2,8%
Physis - Revista de Saúde Coletiva	1	2,8%
Revista APS	2	5,7%
Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano	1	2,8%
Revista Brasileira de Educação Médica	1	2,8%
Revista Brasileira de Fisioterapia	1	2,8%
Revista de Saúde Pública	3	8,6%
Revista Electronica Enfermeria Global	1	2,8%
Revista Mineira de Enfermagem	1	2,8%
Revista Saúde e Sociedade	2	5,7%
Trabalho, Educação e Saúde	1	2,8%
Total	35	100%

Em relação à qualidade dos periódicos que publicaram artigos sobre as PNPIC verificamos, por meio de consulta na página de consulta da Capes (<http://qualis.capes.gov.br>), a classificação *Qualis* dos mesmos.

A tabela 5 nos mostra que o maior número de artigos (10), correspondendo a 28,6% da amostra estavam indexados em periódicos com classificação *Qualis* B1 (nível médio com circulação internacional). Em seguida, 25% da amostra, ou seja, 9 artigos, estavam indexados em periódicos com classificação *Qualis* B4 (nível médio de qualidade com circulação local); 7 artigos, correspondendo a 20% da amostra com classificação A2 (nível alto de qualidade com circulação nacional), 6 artigos (17,1%) em periódicos classificados como B2 (nível médio de qualidade com circulação nacional); 2 artigos (5,7%) indexados em

periódicos B3 (nível médio de qualidade com circulação local) e, por fim, apenas 1 artigo (2,8%), indexado em periódico A1 (nível alto de qualidade com circulação internacional).

Todas as classificações consultadas referem-se à área de concentração Saúde Coletiva. A maioria dos artigos (27) se encontram publicados em periódicos classificados na classe B que indica o nível médio de qualidade de acordo com o sistema de avaliação *Qualis*.

Tabela 5 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo a classificação *Qualis* dos periódicos onde foram publicados (período entre 2000 e 2013).

Classificação Qualis	Artigos	
	N	F
A1	1	2,8%
A2	7	20%
B1	10	28,6%
B2	6	17,1%
B3	2	5,7%
B4	9	25,7%
TOTAL	35	100%

4.2 Dados referentes à metodologia

A tabela 6 nos mostra que a maior parte dos artigos selecionados se utilizam de abordagem qualitativa (40%). Em seguida, temos os estudos teóricos (31,4%), os estudos que se utilizam de abordagem quantitativa (20%) e, por fim, estudos quali-quantitativos (8,6%). Tanto o banco de dados da Lilacs quanto da Scielo apresentaram a maioria de artigos utilizando abordagem qualitativa.

Segundo Spadacio *et. al.*²³ a pesquisa qualitativa das PICs revelam aspectos interessantes destas práticas que não podem ser apreendidos pela abordagem quantitativa, tais como: 1) concepções pessoais e coletivas da doença, 2) prevenção, risco e gerenciamento de condições crônicas, 3) itinerários pelos serviços de saúde e 4) escolhas terapêuticas, temas estes fundamentais para a discussão da integralidade do cuidado em saúde. Os estudos reunidos nesta amostra abordam os quatro temas acima descritos.

Tabela 6 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS segundo abordagem metodológica (período entre 2000 e 2013).

	LILACS	SciELO	Medline	Scopus	Total (n)	F
Quantitativa	4	2	1	0	7	20%
Qualitativa	8	6	0	0	14	40%
Quali-quantitativa	2	1	0	0	3	8,6%
Estudos teóricos	8	3	0	0	11	31,4%
Total (n)	22	12	1	0	35	100%
Total (f)	62,8%	34,3%	2,9%	0	100%	100%

Os desenhos de estudos que compuseram a amostra (tabela 7) foram em sua maioria estudos descritivos (31%), em seguida, estudos de caso (8,6%) e, por fim, estudos transversais (5,7%). Os estudos teóricos que representaram 28,6% da amostra, pela sua própria natureza, não apresentavam metodologia e 25,7% não explicitou o desenho de estudo. Os estudos descritivos encontrados nesta amostra foram: estudo descritivo correlacional (1) e survey descritivo (3). Os demais foram descritos apenas como estudos descritivos (2) e exploratórios descritivos (5).

Tabela 7 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo os desenhos de estudo.

Desenhos de Estudo	N	F
Estudos descritivos	11	31,4%
Estudos transversais	2	5,7%
Estudos de caso	3	8,6%
Estudos teóricos	10	28,6%
Não explicitado	9	25,7%
Total	35	100%

A tabela 8 refere-se ao tipo de população estudada pelos pesquisadores nos artigos analisados, ou seja, os tipos de sujeitos que participaram dos estudos. Estudos que não se utilizaram de sujeitos, como os estudos teóricos e as pesquisas a partir de dados secundários, representaram 34,2% da amostra. Estudos realizados apenas com usuários do SUS e estudos realizados com profissionais e usuários do SUS, representaram, cada um, 22,8% da amostra. Estudos realizados apenas com profissionais do SUS, representaram 11,4% da amostra e estudos realizados com

profissionais e gestores do SUS, apenas com gestores SUS e apenas com estudantes da área da saúde tiveram a mesma representatividade na amostra, igual a 2,8%.

Tabela 8 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo os tipos de sujeito estudado (período entre 2000 e 2013).

Sujeitos do estudo	N	F
Usuários	8	22,8%
Profissionais	4	11,4%
Profissionais e usuários	8	22,8%
Profissionais e gestores	1	2,9%
Gestores	1	2,9%
Estudantes da área da saúde	1	2,9%
Não se aplica	12	34,3%
Total	35	100%

4.3 Dados referentes à autoria

91% dos artigos não apresentava dados sobre a profissão e 72,8% não apresentava dados sobre a titulação dos autores. Foi necessário, portanto, que tais informações fossem buscadas na Plataforma de Currículos Lattes, observando os dados de autoria nos anos de publicação dos artigos. Observamos estes dados nas próximas duas tabelas, 7 e 8. A maioria dos autores dos artigos sobre as PIC no SUS possuem graduação na área da saúde, sendo vinte e três deles em enfermagem, 13 em medicina, 12 em farmácia, 11 em odontologia, três em nutrição, três em naturologia, um em fisioterapia, um em psicologia e um em medicina veterinária. A menor parte dos autores possuem graduação em outras áreas: cinco em ciências sociais, dois em serviço social, um em comunicação social, um em filosofia e um em estatística. Esta multiplicidade de formação dos autores pode ser explicada pela complexidade da temática das PICs que faz interface com diferentes campos do conhecimento nas ciências humanas e biológicas. Dez dos autores eram estudantes de graduação quando os artigos foram publicados.

Tabela 9 – Distribuição dos autores dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo a profissão (período entre 2000 e 2013).

Profissão	N	F%
Enfermeiro	23	26,1
Médico	13	14,8
Farmacêutico	12	13,6
Odontólogo	11	12,5
Nutricionista	3	3,4
Fisioterapeuta	1	1,1
Psicólogo	1	1,1
Naturólogo	3	3,4
Assistente Social	2	2,3
Cientista Social	5	5,7
Comunicador Social	1	1,1
Filósofo	1	1,1
Médico Veterinário	1	1,1
Estatístico	1	1,1
Estudantes de graduação	10	11,3
Total	88	100

45% dos autores possui doutorado, pois a maioria dos estudos estava vinculado à universidades. 31,4% possui mestrado, 8,6% possui algum título de especialização e apenas 2,8% possui pós doutorado. 11,4% dos autores estavam cursando a graduação no período da publicação do artigo (tabela 8).

Tabela 10 – Distribuição dos autores dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo a titulação do primeiro autor (período entre 2000 e 2013).

Titulação	N	F %
Pós Doutorado (PhD)	1	2,8
Doutorado	16	45,8
Mestrado	11	31,4
Especialização	3	8,6
Graduando	4	11,4
Total	35	100

Na tabela 9 temos um panorama da distribuição dos artigos selecionados sobre as PIC no SUS segundo as instituições às quais os primeiros autores se vinculam e os estados em que se localizam. Chama a atenção o número de artigos produzidos por primeiros autores vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que representam 25,7% da amostra final. Em relação a produção por estado, Santa Catarina (SC) possui a maior representatividade na amostra com 28,5%, em seguida o estado de São Paulo (SP) com 25,2% e Minas Gerais com 11,2%. Neste sentido, a região sudeste concentra 43,1% dos artigos, a região sul concentra 34,3%, a região nordeste 17,2% e a região centro-oeste 5,8% dos artigos desta amostra.

Tabela 11 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas e Complementares no SUS, segundo instituição de vinculação institucional do primeiro autor.

Universidade	Estado	Artigos (N)	Artigos (F)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)	BA	1	2,9%
Universidade Estadual do Ceará (UEC)	CE	2	5,7%
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL)	MG	1	2,9%
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	MG	2	5,7%
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	MG	1	2,9%
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)	MS	1	2,9%
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)	MS	1	2,9%
Associação de Ensino Superior de Caruaru	PE	1	2,9%
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM)/FIOCRUZ	PE	2	5,7%
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas ENSP-FIOCRUZ	RJ	1	2,9%
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	RJ	1	2,9%
Universidade Federal de Pelotas (UFP)	RS	2	5,7%
Universidade do Sul de Santa Catarina (USSC)	SC	1	2,9%
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	SC	9	25,7%
Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)	SP	2	5,7%
Universidade de São Paulo (USP)	SP	1	2,9%
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)	SP	2	5,7%
Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)	SP	1	2,9%
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	SP	2	5,7%
Universidade Paulista (UNIP)	SP	1	2,9%
Total		35	100%

4.4 Dados referentes às práticas abordadas e aos cenários de estudo.

Em relação às práticas abordadas verificamos que a maioria dos artigos tratavam das PIC em geral. Este resultado já era esperado dada a opção metodológica pela utilização do descritor *Medicina Integrativa* e dos seus sinônimos na estratégia de busca. 17,1% tratavam exclusivamente de homeopatia, 11,4% de acupuntura, e apenas 2,8% de fitoterapia.

Em relação ao nível de atenção, observa-se que 22,8% dos estudos tematizavam ou foram realizados na atenção primária e 11% dos estudos tematizavam ou foram realizados na atenção secundária (serviços especializados, policlínicas, etc).

Estes dados se alinham aqueles encontrados no segundo diagnóstico da PNPIC no Brasil, realizado em 2008 pelo DAB em parceria com a Secretaria de Gestão Participativa¹⁵ no qual constatou-se que a 72% das PIC no SUS estão inseridas na Atenção Primária, 14% na média complexidade (serviços especializados, policlínicas, etc), 10% nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e 4% nos serviços de alta complexidade (rede hospitalar). Entretanto, nenhum dos estudos selecionados tematizaram ou foram realizados nestes dois últimos âmbitos do SUS.

Tabela 12 – Distribuição dos artigos sobre Práticas Integrativas no SUS, segundo as práticas abordadas e os cenários de estudo (período entre 2000 e 2013).

	Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Primária e Secundária	Não se aplica	Total (N)	Total (F)
Acupuntura	1	1	1	1	4	11,4%
Homeopatia	0	1	0	5	6	17,1%
Fitoterapia	1	0	0	0	1	2,8%
PICs em geral	6	2	1	15	24	68,6%
Total (N)	8	4	2	21	35	
Total (F)	22,8%	11,4%	5,7%	60%	100%	100%

4.5 Análise Qualitativa

A análise qualitativa alicerçada na análise de conteúdo na vertente representacional temática ²² desvelou cinco categorias relativas às Práticas Integrativas e Complementares no SUS: 1) Necessidade de formação profissional em PIC para o SUS 2) A estruturação das PIC nos serviços: desafios para a promoção da saúde 3) Acesso e aceitação de PICs por usuários do SUS: perspectivas para uma legitimação popular; e 4) Baixo conhecimento da PNPIC por profissionais e gestores 5) Dificuldades no registro de informações sobre as PICs.

4.5.1 Necessidade de formação profissional em PICs para o SUS

Esta categoria reúne artigos cujos resultados apontam para a falta de preparo dos profissionais do SUS para atuar no campo das PICs. Ao mesmo tempo apontam que muitos dos profissionais entrevistados fazem ou já fizeram uso de PICs, acreditam no seu potencial terapêutico e se interessam em se capacitar nesta área. Verificou-se que, apesar de já existirem instituições formadoras na área de PICs no Brasil, as mesmas não se sintonizam com os princípios da saúde coletiva e, portanto, não contemplam os profissionais de saúde que atuam no SUS.

O estudo de Thiago e Tesser ²⁴ com enfermeiros e médicos de 46 Unidades de Saúde da Família de Florianópolis, mostra que apenas 12,4% dos profissionais possuíam especialização em homeopatia e acupuntura e que apenas 22% possuíam outros cursos relacionados às PICs (fitoterapia, florais, acupuntura, massoterapia, etc). Apesar disso, 97 dos 117 profissionais entrevistados acreditavam que as PICs deveriam ser incluídas como disciplinas obrigatórias nos cursos de graduação.

Como apontado na Tabela 11, Florianópolis é um polo de pesquisa e formação em PIC no Brasil e, por isso, acredita-se que em outros municípios que não tem este perfil, a capacitação em PIC deve ser ainda menos frequente.

Oliveira *et. al.* ²⁵, em pesquisa com usuários e profissionais de 5 Unidades Básicas de Saúde de Pelotas referente ao uso de plantas medicinais, identificou que aproximadamente 78% dos profissionais entrevistados não receberam qualquer informação sobre o uso das plantas durante a sua formação profissional e que cerca de 83% deles nunca teve a oportunidade de discutir este tema com professores ou

tutores. Em estudo qualitativo com profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), Cruz e Sampaio ²⁶ não encontraram nenhuma resposta afirmativa em relação à participação em cursos, capacitações ou palestras sobre o tema das PICs.

O trabalho de Loch-Neckel ²⁷, que investiga as representações de 53 estudantes de graduação da área da saúde (Medicina, Farmácia e Odontologia) em relação à homeopatia, apontam para a mesma direção quando conclui pela superficialidade do conhecimento dos estudantes acerca desta terapêutica.

Em estudo quantitativo com 56 profissionais da rede básica de saúde de Juiz de Fora, Gonçalves *et al.* ²⁸, apontam que 86,15% da amostra de 56 profissionais não cursou disciplinas relacionadas às PICs durante a graduação. Apontam também que 39,8% dos 56 profissionais do SUS entrevistados, obtiveram conhecimento sobre PICs através do conhecimento popular e mídia e 21,43% através de pesquisa pessoal. Cruz e Sampaio ²⁶, chegam a dados semelhantes através da categoria temática intitulada *Práticas Integrativas e Complementares: conhecimento e tradição familiar* que revela que os profissionais, quando questionados sobre as fontes de conhecimento sobre PICs, relatam aproximações somente ligadas aos meios de comunicação como televisão, revistas e ao contato com vizinhos e outras pessoas mais experientes da família.

Sabe-se que o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as PICs pode ser responsável por conceitos equivocados, gerando dificuldades na relação médico-paciente e com colegas praticantes dessas especialidades ^{29,30}. Gagliardi e Barros ³¹, também em estudo qualitativo, porém, com alunos, professores e preceptores do primeiro curso de especialização em homeopatia vinculado à uma instituição de ensino superior no Brasil, constataram, através da análise temática, a grande desinformação sobre os princípios da homeopatia pelos profissionais da saúde e a decorrente ampliação dos espaços de reprodução dos preconceitos em relação a esta racionalidade.

Além disso, a ausência de abordagem sobre o uso de terapêuticas não convencionais de conhecimento popular sem qualquer orientação profissional pode incorrer em sérios prejuízos para os usuários, visto que a OMS traz dados significativos sobre o uso incorreto de PICs por consumidores, relacionados à superdosagem de medicamentos, uso de ervas medicinais de origem suspeita e erros de prescrição ³².

Em pesquisa sobre uso de PICs e medicina tradicional por 55 pacientes diabéticos do tipo 2, usuários do ambulatório de diabetes melito, hipertensão e obesidade do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Unicamp, Castro *et al.* ³³, apontam que embora 70,9% da amostra fizesse uso PICs e medicina tradicional concomitantemente ao uso de insulina e antidiabéticos orais, não foram constatados nem a prescrição nem o controle destas práticas pela equipe de profissionais.

Neto *et al.* ³⁴, chegam a dados semelhantes em pesquisa sobre uso e compreensão de PICs pela população de Juiz de Fora, na qual 64,2% da amostra de 495 usuários entrevistados, relata que nas consultas o médico nunca questiona sobre o uso de PICs enquanto Fontanella *et al.* ³⁵, em pesquisa com uma comunidade usuária no município de Tubarão, apresentam dados que sugerem que, dentre as PICs estudadas, apenas a acupuntura vinha sendo utilizada sob supervisão de profissional especialista.

É interessante observar como as evidências de uma baixa capacitação profissional em PICs e, conseqüentemente, de uma baixa supervisão profissional para o uso destas práticas por usuários do SUS são acompanhadas por evidências de um significativo uso pessoal de PICs por profissionais, sendo possível levantar a hipótese de que, apesar da falta de informação científica em relação às PICs, o uso destas terapêuticas adquire um valor prático na vida pessoal dos profissionais.

Oliveira *et al.* ²⁵ apontam que 62,2% dos profissionais entrevistados relataram uso pessoal de diferentes plantas para o tratamento de sintomas e 81,4% relatou acreditar nos efeitos positivos das ervas medicinais enquanto apenas 28,8% já indicou ou indicava regularmente o uso de plantas medicinais aos usuários. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Golçalves *et al.* ²⁸ no qual 58,9% dos profissionais relatou uso pessoal de PICs enquanto apenas 32,14% relatou uso de PICs na prática profissional no SUS.

Cruz e Sampaio ²⁶ apontam que 9 dos onze profissionais entrevistados (82%) relatam uso pessoal de PICs, com destaque para as plantas medicinais e homeopatia. Gonçalves *et al.* ²⁸ destacam uso de Acupuntura (33,3%) e Fitoterapia (27,2%) por profissionais, sendo que 58,9% da amostra dos entrevistados relatam uso atual ou pregresso de alguma PIC. No estudo de Ischkanian e Pelicioni ³⁶ 60% da amostra de profissionais entrevistados relataram usar ou já ter usado práticas

alternativas (homeopatia, acupuntura, dança circular ou sênior, argila, plantas medicinais ou práticas corporais chinesas como Liang Gong e Tui Ná). Com exceção de um entrevistado, todos declararam acreditar nos efeitos terapêuticos destas práticas para a melhoria da saúde e achavam possível, embora difícil, agregá-las à medicina moderna. Por fim, Thiago e Tesser ²⁴ apontam que 83% da amostra de profissionais entrevistados relatou uso de homeopatia e 75,9% relatou uso de acupuntura para si.

É digno de nota como neste último estudo o uso pessoal de homeopatia e acupuntura para si se mostrou estatisticamente associado ao interesse pela capacitação em PIC, que foi relatado por 59,9% dos profissionais, com destaque para os enfermeiros.

Tanto Ceolin *et al* ³⁷ quanto Pennafort *et al* ³⁸ pontuam a importância do profissional enfermeiro para a disseminação das PICs no SUS. Dada a grande inserção destes profissionais na atenção primária à saúde, os autores apontam para a necessidade de que os mesmos se apoderem do uso de PICs e das normativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reconhecem e legitimam algumas destas abordagens terapêuticas como práticas do enfermeiro. Os dados quantitativos da presente revisão parecem mostrar que os enfermeiros possuem significativo interesse nas PIC no SUS pois representam a categoria profissional que concentra o maior número de publicações sobre PIC no SUS (26,1%).

Apesar da existência da PNPIC, das evidências da baixa capacitação profissional em PICs e do interesse dos profissionais do SUS em se capacitar nesta área, a oferta de cursos em sintonia com os princípios da Saúde Coletiva no Brasil ainda é incipiente ³⁹. Azevedo e Pelicioni ³⁹ ao mapear as iniciativas educacionais em PICs para os profissionais de saúde no Brasil concluem que embora haja oferta de cursos já institucionalizados em PICs, os mesmos ainda não tem conseguido suprir as demandas de formação que se apresentam tendo em vista a PNPIC, ficando limitados à visão biomédica, centrada na doença, e desprivilegiando as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito da saúde coletiva, bem como o resgate de saberes tradicionais e de práticas de baixo custo, ajustadas às características ambientais e culturais dos territórios.

De forma geral, a formação em PICs no Brasil se dá no setor privado, por meio de cursos de pós graduação *latu senso*, em programas com cerca de 1.200

horas/aula, capacitando os profissionais para prestar provas de títulos de especialista junto aos convênios das entidades de classe ⁴⁰.

Nos cursos de graduação a grande maioria da oferta se limita a disciplinas eletivas (60hs aula e 4 créditos), sendo ministradas, na maioria das vezes, em poucas universidades por professores especialistas na área, de forma voluntária ⁴⁰.

Os programas de residência em PIC estão disponíveis principalmente para a categoria médica. Aprovados em 2002 através da Resolução CFM no 1634/2002, as residências médicas são oferecidas em dois anos (R1 e R2), em nove instituições para a área da acupuntura e em apenas uma instituição para a área de homeopatia ⁴⁰. Para os demais profissionais de saúde, a oferta de residências se dá por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família que, no entanto, raramente oferecem módulos relativos às PICs ⁴⁰.

Imagina-se que a baixa oferta de educação em PIC em consonância com os princípios da Saúde Coletiva deva-se à baixa demanda deste tipo de profissional no SUS, principalmente diante da recente implantação da PNPIC e da falta de financiamento específico para a mesma. Entretanto, a forma como o movimento da medicina integral foi incorporado no Brasil também é útil na compreensão da lacuna do ensino em PICs nas instituições públicas de ensino.

Mattos ⁵ retoma como o movimento da medicina integral se configurou no Brasil e relata que, diferentemente do ocorrido nos EUA onde este movimento atuou diretamente na reforma das escolas médicas com base na crítica dos currículos com base *flexneriana*, no Brasil ele não se consolidou como um movimento institucionalizado, mas associado inicialmente à medicina preventiva. O autor coloca que, devido à esta proximidade com os departamentos de Medicina Preventiva, em cujo seio nasceu o movimento da reforma sanitária brasileira e o campo da Saúde Coletiva, o eixo de interpretação da medicina integral, comumente assentado na crítica à formação médica, se reconfigurou, recolocando o problema da fragmentação e do reducionismo da assistência em saúde em um plano mais amplo, através da crítica à medicina tipicamente liberal, ao crescente assalariamento dos médicos ou ao complexo médico industrial.

Por muito tempo no contexto brasileiro, a discussão sobre a integralidade deixou de privilegiar a relação curador-doente para abordar os sentidos relacionados

à estruturação dos serviços e das práticas, das políticas e programas especiais, bem como o do acesso dos usuários aos diversos níveis de atenção.

Se por um lado a transformação da escola médica deixou de ser uma estratégia privilegiada de transformação no movimento sanitário, por outro, Mattos ⁵ aponta que autores como Foucault, Illich e Canguilhem, críticos da biomedicina, permitiram que dentro do campo da saúde coletiva brasileira se constituíssem autores que localizam na racionalidade biomédica, e no próprio projeto de cientificidade dos médicos, as causas da fragmentação e reducionismo da assistência à saúde. Estes mesmos autores, vinculados hoje às discussões acerca da integralidade, das racionalidades médicas e da medicalização da saúde, promovem a sustentação teórica da defesa das práticas integrativas e complementares no SUS.

Entretanto, o autor destaca que, neste processo histórico, a posição de que a biomedicina é intrinsecamente oposta à integralidade não era defendida por todos. Haviam aqueles que acreditavam que apenas a reforma do currículo nas escolas médicas fosse suficiente para garantir uma prática médica integral. Estas duas posições polares se expressaram ora na defesa da subordinação dos médicos à racionalidade sanitária ou às racionalidades médicas alternativas, ora apenas pela desconstrução interna das escolas de base biomédica. O autor conclui que esta polarização acarretou a estagnação desta discussão nas escolas de medicina, ocasionando o afastamento da saúde coletiva em relação à discussão da integralidade compreendida como boa prática médica.

Apesar desta lacuna, Azevedo e Pelicioni ³⁹ sinalizam a existência de iniciativas na educação pública que se mostram promissoras. No âmbito da pós graduação *strictu senso*, a autora destaca os espaços dos laboratórios e grupos de pesquisa em PICs vinculados às universidades, como o Grupo de Racionalidades Médicas sediado na Universidade Federal Fluminense (UFF), o Laboratório de Pesquisas e Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), o Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis), na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e o Grupo de Práticas Complementares de Saúde (GPCS) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Já no âmbito da graduação, as autoras chamam a atenção para os recém implantados cursos em Saúde Coletiva/Saúde Pública, como por exemplo o da

Universidade de São Paulo (USP) e o da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), nos quais se espera que o tema das PICs no SUS seja abordado de forma a suprir a lacuna existente e estimular futuros profissionais nesta área.

Em relação a educação permanente dos profissionais do SUS em PICs, o relatório de gestão da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ¹⁵ pontua a necessidade de utilização das estratégias do MS, viabilizadas pela Política de Educação em Saúde, como: o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); o Programa Nacional de Tele-saúde; o Programa de Educação Permanente pelo Trabalho – PET- Saúde; os cursos de especialização e mestrado profissionalizante, entre outros. Destaca ainda, com relação as plantas medicinais e fitoterápicos, as iniciativas locais em alguns estados e a inserção de módulos com este tema nos cursos de especialização do MS.

Apesar dos resultados não trazerem dados acerca destes cursos, acredita-se que tais estratégias são de fundamental importância na superação do desafio apontado neste mesmo documento referente a formação e capacitação profissional em número adequado para atuar no SUS, uma vez que oferecem a possibilidade de formação dos profissionais já atuantes e que, conforme apontam os dados desta revisão, possuem interesse e necessidade em se capacitar.

4.5.2 A organização das PICs nos serviços e o desafio da promoção de saúde.

Esta categoria reúne artigos cujos resultados abordam a relação entre as PICs e a Promoção de Saúde, problematizando como a estruturação dos serviços em torno do modelo biomédico interfere nesta relação, a despeito da efetividade destas terapêuticas.

As evidências encontradas nos artigos apontam que embora a efetividade das PICs seja frequentemente relatada por usuários, a estruturação da oferta em PICs em serviços especializados é um fator de restrição do acesso e do potencial destas práticas para a promoção da saúde. Ao mesmo tempo, apontam que a oferta das PICs na atenção básica, pela forma como estes serviços se estruturam, pode favorecer o acesso e as ações de promoção de saúde vinculadas a estas terapêuticas, as quais são de fundamental importância para a sobrevivência ética e filosófica das mesmas.

Dada a importância de implantação da PNPIC como estratégia de ampliação da liberdade de escolha dos usuários e, por outro lado, a responsabilidade que eles e os outros atores do SUS carregam para a sua legitimação e implantação, discute-se também as contribuições das ações de promoção de saúde como instrumento de empoderamento comunitário.

No estudo de Santanna *et. al.* ⁴¹, em um serviço de atenção secundária de Porto Alegre, o tempo da consulta homeopática foi referido pelos usuários como um diferencial importante, expressando ainda que durante a consulta conversam sobre diversos assuntos com as médicas, não somente sobre os problemas de saúde que os levaram até lá. Porém, os profissionais, usuários e gestor entrevistados neste estudo relataram a falta de acesso, especialmente no que diz respeito à marcação de consultas, como o maior problema do serviço. Os sujeitos relataram que esta última dificuldade, somada à falta de médicos, à sobrecarga ocasionada pelo atendimento usual de intercorrências e à demanda reprimida foram apontados como os principais motivos para que o serviço não ofereça um acolhimento adequado.

Se por um lado a consulta homeopática parece favorecer a integralidade do cuidado através da melhora da qualidade da relação médico-usuário, observa-se, neste estudo, que a oferta da PIC realizada apenas pelos profissionais médicos, dada a escassez dos mesmos no SUS, pode resultar em uma restrição do acesso.

Em outro estudo realizado em serviço de atenção secundária com oferta de PICs, Lima *et. al.* ⁴² e Nagai e Queiroz ⁴³ identificaram através dos relatos dos profissionais uma alta demanda reprimida, especialmente para os atendimentos em Acupuntura e Homeopatia, ambas ofertadas por médicos. Frente a isso, foi necessário estabelecer critérios de acesso às práticas, os quais incluíam, no caso da acupuntura, o encaminhamento médico.

As autoras ⁴² questionam o caráter desmedicalizante e promotor de saúde das PICs visto que, necessariamente, a demanda condiciona-se, a priori, pela necessidade de remissão do sintoma. Além disso, apontam que alguns aspectos relacionados à estruturação do serviço especializado que acabam restringindo o acesso às PICs. Neste sentido, destacam: a pequena abrangência, a distância da situação existencial e sócio-familiar dos usuários, as longas filas de espera, a oferta limitada de práticas (geralmente condicionadas pelo perfil dos profissionais disponíveis e não pela demanda da população) e, por fim, o atendimento quase que

exclusivo à pessoas com doenças crônicas as quais acabam optando pelas PICs após insucessos com a medicina convencional.

Em outro artigo, Silva e Tesser ⁴⁴ realizaram entrevista em profundidade com trinta usuários de acupuntura da rede pública de Florianópolis e também constataram, através da categoria temática intitulada *Eficácia geral e uso de medicamentos na percepção de usuários*, que a maioria relatou sentir melhora com o tratamento. Vinte e sete destes usuários foram encaminhados para as sessões de acupuntura em decorrência de quadros álgicos, dos quais dezenove relataram melhora de 60% a 100% da dor. Assim como no estudo anterior, a maioria dos usuários (21) relatou sentir melhoras em outros aspectos além da queixa principal, porém, sem incorporar comportamentos de autocuidado oriundos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

Nas entrevistas com os profissionais destes mesmos serviços, constatou-se que a maioria deles pertenciam a serviços da atenção secundária e orientavam seus pacientes de acordo com a lógica biomédica. Por outro lado, os autores observaram que os poucos relatos que indicavam apropriação dos usuários de outras técnicas da MTC provinham de usuários da atenção básica.

Nesta mesma direção, o estudo de Cintra e Figueiredo ⁴⁵ realizado com profissionais acupunturistas e usuários de acupuntura de quatro unidades básicas do município de São Paulo, constatou, através da categoria temática intitulada *Mudanças atribuídas ao tratamento com acupuntura*, que a totalidade dos entrevistados relatou melhora ou ausência das enfermidades que os motivaram para o tratamento. A maioria dos entrevistados relatou efeitos do uso da acupuntura para além da remissão dos sintomas, expressos através da categoria *Instrumentalização do paciente para o autocuidado*. Os usuários relataram mudanças na disciplina pessoal, no estado emocional e/ou psicológico e comportamental, bem como nas atividades físicas e na alimentação.

O estudo de Nagai e Queiroz ⁴³ sobre as representações sociais de profissionais e gestores de saúde acerca da implantação de PICs na rede básica do município de Campinas, constata a contribuição da mesma para a melhora da qualidade de vida da população e para a promoção do autocuidado. O sucesso da implantação é atribuído a diversos fatores, como a disposição da clientela, que solicita este tipo de serviço, o apoio dos profissionais médicos e não médicos, e às próprias afinidades entre as PICs e a atenção básica.

Tesser e Souza ⁴⁶, em ensaio teórico discutem as afinidades entre as PICs e a Atenção Primária à Saúde (APS), descritas pelos autores através do conceito de *afinidades eletivas*, cujo significado permite escapar do estabelecimento de laços causais em proveito das relações mútuas entre orientações de pensamentos e de conduta em um contexto de interação. Os autores apontam que tanto a APS quanto as PICs comportam um caráter contra-hegemônico na medida em que questionam, cada uma a seu modo, o modelo biomédico de atenção; tanto uma quanto outra trazem para o centro do cuidado o sujeito, desenvolvendo abordagens múltiplas e contextualizadas em função dos problemas singulares dos mesmos, levando em conta a situação familiar, cultural e social e, finalmente; ambas assumem o cuidado e a cura de modo abrangente, bem como a prevenção de adoecimentos e a promoção da saúde.

Se por um lado os estudos desta categoria parecem mostrar que o autocuidado é mais estimulado pelas PICs na atenção primária, por outro, há de se levar em consideração que a base epistemológica das PICs também influencia neste processo. Segundo Luz ⁷ as racionalidades médicas vitalistas (Homeopatia, MTC, Ayurveda) tendem a propiciar um conhecimento maior do indivíduo em relação a si mesmo, de seu corpo e de seu psiquismo, com uma conseqüente busca de maior autonomia ante ao seu processo de adoecimento, facilitando um projeto de construção (ou de reconstrução) da própria saúde.

Dados do estudo de Magalhães e Alvim ⁴⁸ que analisa a participação de usuários na opção e no cuidado de enfermagem por meio de PICs, parecem corroborar esta afirmação de Luz quando mostram a diferença do nível de escolha e de participação no processo terapêutico entre usuários da terapia floral, prática de base vitalista, e da fitoterapia. Na categoria intitulada *Opção no cuidado de enfermagem com as PICs*, os relatos dos usuários da terapia floral são marcados por palavras de ação que trazem a ideia de sugestão e indicação por partes dos profissionais, que assumem uma postura dialógica em relação ao usuário. Por outro lado, na categoria *Participação no cuidado de enfermagem com as PICs*, os relatos dos usuários da fitoterapia expressam passividade, o que indica uma relação verticalizada com os profissionais que utilizam a fitoterapia nos moldes da alopatia, ou seja, de forma pontual, para a remissão de sintomas específicos em determinadas partes do corpo.

Não é possível afirmar que a base epistemológica da PIC determina o nível de empoderamento do usuário proporcionado pelo cuidado. Diferentemente do estudo supracitado, no estudo de Nagai e Queiroz ⁴³, por exemplo, a fitoterapia aparece nos relatos dos profissionais como uma grande ferramenta de promoção do autocuidado, uma vez que incentiva o usuário à preparar o próprio medicamento. Porém, é preciso não perder de vista que as racionalidades médicas de base vitalista trazem a promoção da saúde como parte inseparável de sua estrutura e filosofia, diferentemente da fitoterapia cuja lógica não se antagoniza à lógica mecanicista, tornando-a mais vulnerável à apropriação pela biomedicina.

Em estudo teórico, Tesser ⁴⁶ destaca a aproximação das PIC, em especial as racionalidades médicas vitalistas, com a promoção de saúde, chamando a atenção para o fato de que as mesmas se estruturam sobre uma concepção positiva de saúde, a partir da qual derivam diversas técnicas, saberes e ações cujo objeto imediato não é exatamente a doença, mas a forças curativas do indivíduo. Neste sentido, o autor ressalta dois pontos importantes: 1) que tais racionalidades possuem práticas terapêuticas e promotoras de saúde organizadas a partir de noções como *princípio vital* (homeopatia), *chi* (MTC) ou *prana* (Yoga e Ayurveda), que articulam o indivíduo com o cosmo visando o equilíbrio da saúde; 2) que estas práticas estão sistematizadas e disponíveis para aprendizagem mediante a experiência individual e coletiva.

Porém, o autor coloca que a dimensão individual da promoção de saúde, ou seja, aquela voltada para desenvolvimento de um estilo de vida saudável através da reorientação de hábitos e comportamentos individuais, embora corresponda à grande maioria das ações de promoção da saúde, não se alinha ao que modernamente se defende neste campo. O autor destaca que tanto na *Carta de Ottawa*, formalizada em 1986 na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá, quanto na Política Nacional de Promoção da Saúde, fica clara a ênfase na determinação social do processo saúde doença e, portanto, nas ações institucionais, intersetoriais, políticas e culturais que visam o empoderamento individual e, sobretudo coletivo, visando a promoção da saúde.

Tesser ⁴⁶ pondera que apesar desta visão ser defensável, especialmente no Brasil onde os determinantes sociais do processo saúde doença são expressivos, é preciso reconhecer a necessidade de complementariedade entre o polo individual e comunitário para que haja uma melhor comunicação entre as ações intersetoriais e

políticas com as ações no âmbito micro-social, ou seja, o empoderamento individual é fundamental para o empoderamento comunitário, e vice e versa.

Ele pontua que, embora não se deva esperar que o uso das PICs decorra em um empoderamento comunitário como o entendemos na modernidade, ou seja, através da participação direta nos fóruns políticos, não é possível também reduzir suas ações ao empoderamento individual, uma vez que a sua pedagogia se baseia em uma experiência que se transmite culturalmente, a partir do exemplo, e que se baseia em valores humanos que transcendem as suas culturas de origem. Ressalta que embora as práticas de promoção das PICs se voltem para o indivíduo, muitas delas são praticadas coletivamente e repercutem positivamente na sociabilidade, na construção de redes de apoio e também na discussão da participação social e política.

Como contraponto, o ensaio de Tesser e Barros ⁵⁰, que discute a contribuição das PICs para desmedicalização social, apresenta alguns argumentos contra o discurso do autocuidado e da autonomia, associado a estas práticas. Os autores apresentam algumas posições críticas mais radicais, como a de Illich ⁶, por exemplo, que identifica qualquer tipo de racionalidade médica à despolíticação da doença, uma vez que o diagnóstico e o tratamento implicam na renúncia à responsabilidade de combater seus determinantes sociais.

O crescente consumo das PICs no contexto da sociedade contemporânea é descrito como uma obsessão por saúde ou *higiomania* que, sob o signo do autocuidado e do tratamento preventivo, esconde uma ideologia que responsabiliza o indivíduo pelo seu adoecimento. Os autores ponderam, no entanto, que tais autores, embora sejam indispensáveis para um diagnóstico crítico da medicalização, não apresentam soluções para o problema e concluem que, apesar das PICs não representarem uma solução para a medicalização social, a sua oferta no SUS representa um avanço para a democracia, uma vez que permitem a pluralização terapêutica no sistema e a ampliação das possibilidades de escolha do usuário.

4.5.3 Acesso e aceitação de PICs por usuários do SUS: perspectivas para uma legitimação popular

Esta categoria reúne estudos de natureza exploratória, que discutem o acesso e a aceitação de usuários do SUS em relação às PICs. Assim como

constatado na primeira categoria em referência ao uso de PICs por profissionais, as evidências destes estudos apontam para um acesso informal, em especial àquelas PICs que guardam identidade direta com as práticas religiosas de saúde presentes na cultura popular brasileira. Ao mesmo tempo, tais estudos apontam para uma boa aceitação de usuários do SUS em relação as PICs como um todo.

O estudo de Fontanella *et. al.*³⁵ realizado com 88 famílias cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Sertão dos Corrêa, no município de Tubarão/MG, constatou um baixo conhecimento dos sujeitos em relação às PICs. Constatou-se também que das PICs incluídas no estudo, as mais conhecidas foram chás (94%), cura espiritual (75%) e fitoterapia (71,6%) e, as mais utilizadas, os chás (50%), a fitoterapia e a cura espiritual (22,7%).

Nesta mesma direção, a pesquisa de Oliveira *et al*²⁵ que entrevistou uma amostra de 60 usuários da rede básica de saúde de Pelotas, constatou que 94,6% dos respondentes utilizavam diferentes plantas para o tratamento de diferentes sintomas.

Já no estudo de Rui *et. al.*⁵³ que pesquisou o uso de acupuntura por 400 usuários de dois Centros de Especialidades Odontológicas do SUS, nos municípios de Cerquilha e Rio Claro - SP, mostra que a grande maioria da amostra já havia se tratado com esta PIC (8,5% em Cerquilha e 7% em Rio Claro). No entanto, quando questionados sobre a aceitação em relação à inclusão desta terapia no SUS, 89% dos usuários de Cerquilha e 96% dos usuários de Rio Claro responderam positivamente.

Corroborando estes dados, os estudo de Marques⁵⁴ *et al* que realizou entrevistas com 35 usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São João da Mata – MG, constatou que, embora 100% da amostra não tinha conhecimento sobre PICs, após explicação clara e simples sobre estas terapêuticas pela pesquisadora, todos relataram aceitação, com destaque para a Acupuntura (43%), Homeopatia (31%) e Fitoterapia (26%).

Também o estudo de Marques⁵⁴ constatou alto percentual de aceitação dos usuários em relação às PICs, com média de 60% para as PICs incluídas no estudo. Em relação à inclusão das PICs no SUS, o estudo constatou aceitação de 80% dos entrevistados.

Embora a maioria das PICs não sejam originais do Brasil, elas carregam uma aproximação ética e filosófica com alguns aspectos essenciais das práticas

populares e religiosas de saúde no Brasil, o que é determinante para a aceitação destas práticas pela população brasileira. O estudo de Monteiro e Iriart ⁵⁵ demonstra como a aproximação da homeopatia com tais aspectos, como a perspectiva holística, o uso de medicamentos naturais e a escuta aberta e atenta ao paciente, favorecem a aceitação e incorporação desta PIC pelos usuários, em especial os das classes mais populares, fato também relatado no artigo de Justo e Gomes ⁵⁶ que descreve como a implantação desta racionalidade médica na atenção à saúde no município de Santos se consolidou devido ao importante apoio do movimento espírita.

Neste sentido, Tesser ⁴⁹ defende que diante dos diversos empecilhos oferecidos pelas instituições modernas à legitimação das PICs, faz-se necessária a criação de outras estratégias de reconhecimento sócio-institucional destas terapêuticas, especialmente aquelas inseridas em racionalidades médicas e na promoção da saúde no SUS, no sentido de diversificar o processo de validação das mesmas. O autor pontua que o SUS oferece recursos políticos para tanto através dos Conselhos Gestores e dos Conselhos de Saúde, que podem propor e deliberar sobre a oferta de PICs aos usuários.

Em estudo teórico acerca das PICs no SUS, Andrade e Costa ⁵⁷ lembram que a identidade destas terapêuticas perante os organismos internacionais e o governo brasileiro, reside justamente em seu pluralismo terapêutico e alteridade de cuidados, ou seja, na abrangência da multiplicidade de práticas complementares e tradicionais, cuja eficácia clínica e sociocultural se estabeleceu na história e na tradição, antes mesmo da existência da biomedicina.

4.5.4 Baixo conhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC

Os estudos pertencentes a esta categoria apresentam evidências de um baixo conhecimento de profissionais e gestores sobre a PNPIC.

No estudo de Galhardi ⁵⁸ *et al* que entrevistou 42 profissionais de 42 secretarias de saúde do estado São Paulo, responsáveis pela gestão dos serviços de homeopatia nestes municípios, constatou que 41% deles desconheciam a existência da PNPIC, 31% que a conheciam pouco e 26% que a conheciam.

Tanto para aqueles profissionais que desconhecem a política quanto para aqueles que a conhecem pouco, a PNPIC não teve nenhuma influência na

implantação dos serviços de homeopatia nos municípios. A falta de recurso indutor para a política foi o maior argumento para o desinteresse dos profissionais e gestores. Já aqueles que relataram conhecer o documento relataram que ele amparou a implantação e a implementação da homeopatia no SUS.

Também na pesquisa de Ischkanian e Pelicioni ³⁹ a gestora do Ambulatório de Especialidades, unidade que ofertava PICs, desconhecia a PNPIC além de não participar das reuniões institucionais da coordenadoria responsável pelas PIC no SUS. Dos 23 profissionais de saúde entrevistados, apenas três relataram conhecer a PNPIC. Nesta mesma direção, os resultados da pesquisa de Thiago e Tesser ⁶⁵, com 177 médicos e enfermeiros da ESF de Florianópolis, apontam que 88,7% deles desconheciam a PNPIC embora 81,4% fossem favoráveis ao que ela propõe.

O baixo conhecimento de profissionais e gestores sobre a PNPIC, constitui-se como uma importante fragilidade para a implantação das PICs no SUS visto que, diante da ausência de recurso indutor, a implantação da política depende em grande parte da participação efetiva dos mesmos nos fóruns políticos de decisão do SUS.

O artigo de Santos e Tesser ⁵¹, aponta que a coparticipação dos gestores, usuários e trabalhadores envolvidos nos serviços públicos de saúde é tão fundamental para a implantação das PICs no SUS, quanto os resultados obtidos na assistência, uma vez que permite um planejamento adequado às realidades sócio institucionais e políticas do território e, conseqüentemente, a sustentabilidade das ações.

Em consonância com estes achados, o estudo de Santos *et. al.* ⁵², sobre a implantação da PNPIC no município de Recife, conclui que a falta de participação de usuários e a não inclusão de profissionais de saúde no processo de elaboração da política municipal, dificulta a sua consolidação e amplia a distância entre formulação e implementação, fato constatado pela existência de apenas um serviço de PICs no município mesmo após cinco anos de existência da política.

4.5.5 Dificuldades no registro de informações sobre as PICs

A última categoria reúne trabalhos cujos resultados indicam falhas no registro de informações pertinentes às ações em PICs nos sistemas de informação

do SUS. O primeiro tipo de falha se refere ao registro das PICs no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o segundo ao registro dos profissionais que praticam PICs no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além destas falhas, estudos incluídos nesta categoria apresentam dados favoráveis à inclusão no SUS de algumas PICs que embora já estejam sendo praticadas em alguns serviços, não estão contempladas na PNPIC.

Um primeiro tipo de falha apontado no estudo de Lima *et. al.*⁴² relaciona-se à existência de diversos recursos terapêuticos, como que podem ser compreendidos como PICs e que, no entanto, não dispõe de códigos nos formulários do CNES e no SIA-SUS.

Apesar de reconhecer a visibilidade que a política proporcionou às PICs no Sistema de Informações do SUS, os autores discutem que há uma indefinição do escopo do que se compreende como PIC dentro da PNPIC, de forma que muitas práticas não estão especificadas no sistema e passam a ser registradas em separado pelos profissionais.

Dois dos estudos selecionados nesta amostra tem por objeto PICs que não estão contempladas na PNPIC mas que, no entanto, são apresentadas como recursos terapêuticos relevantes que merecem inclusão oficial no SUS. O primeiro deles, de Neves⁵⁹ *et. al.* sobre a terapia floral, conclui pela necessidade de inclusão desta terapêutica no SUS devido ao seu potencial para a atenção integral dos sujeitos e ao seu baixo custo. A terapia floral, conforme apontado também por Lima *et. al.*⁴², já vem sendo praticada em muitos serviços do SUS, porém sem o devido registro.

O segundo estudo, de Navolar⁶⁰ *et. al.*, sobre a Nutrição Complementar Integrada, apresenta algumas racionalidades nutricionais não biomédicas e a sua relevância para a promoção da segurança alimentar e nutricional, a educação e saúde e o enriquecimento das práticas dos profissionais do SUS.

A pesquisa de Sousa *et. al.*⁶¹ identifica o mesmo problema de indefinição do escopo das PIC na PNPIC esclarecendo que a existência de duas Portarias (n. 971 de 2006 e n.853 de 2006) deixa dúvidas quanto ao termo *práticas corporais e outras técnicas*, favorecendo diferentes maneiras de registro. Assim como no estudo de Lima *et. al.*⁴², os autores identificaram o registro em separado de práticas não incluídas nos formulários do SIA e do CNES, bem como o registro indevido de muitas práticas não incluídas na PNPIC e/ou tradicionalmente associadas a fatores

de risco de natureza biomédica, como artesanato, caminhada e grupos de prevenção de diabetes, que foram compreendidas pelos gestores como PICs.

Neste sentido, as autoras chamam a atenção para a necessidade de diferenciação entre sistemas médicos complexos e técnicas terapêuticas que atuam de forma complementar à racionalidade biomédica. Colocam ainda que a flexibilidade que a indefinição do escopo das PICs na PNPIC pode representar, significa, na prática, um obstáculo ao monitoramento e avaliação da política.

Outra dificuldade encontrada neste estudo diz respeito ao registro das categorias profissionais que exercem PICs no SUS, cujas nomenclaturas de registro no Código Brasileiro de Ocupações (CBO) não permitem identificar no CNES informações importantes para análise, como por exemplo se o profissional é de nível médio ou superior, ou qual o tipo de atividade que o mesmo realiza no serviço onde está cadastrado. Já no estudo de Santos *et. al.*⁶² foi identificada a impossibilidade de discriminar quais eram as profissões dos acupunturistas registrados como não médicos.

Depreende-se que tais inconsistências nos sistemas de informações e limites das definições da PNPIC favorecem um registro inadequado das PICs no SUS e, portanto, dificultam a realização do seu monitoramento e avaliação, fragilizando as possibilidades de consolidação da PNPIC.

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo não incluiu estudos não publicados sobre a temática apesar do grande número de trabalhos relevantes, principalmente as dissertações e teses, além de não ter realizado uma estratégia de busca que incluísse cada PIC separadamente, o que aumentaria significativamente a amostra. Neste sentido, a produção acadêmica científica sobre esta temática não foi contemplada totalmente, o que se configura como um limite desta revisão.

Por outro lado, o período de tempo escolhido para o estudo permite que o mesmo seja utilizado como linha de base para futuros estudos de revisão, uma vez que o primeiro edital público de financiamento de pesquisas na área das práticas integrativas e complementares data de 2013.

As análises quantitativa e qualitativas deste estudo trazem informações importantes relativas aos desafios e perspectivas da PNPIC descritas pelo relatório de Gestão 2006-2010 ¹⁵ da Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, do MS.

Em relação ao primeiro desafio, descrito como *formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuar no SUS* ¹⁵, as evidências dos estudos reiteram esta necessidade, apontando que apesar das diversas iniciativas educacionais em PIC já institucionalizadas, há pouca convergência das mesmas com a saúde coletiva e uma baixa oferta de cursos na rede pública. Talvez pelo baixo impacto destas ações, e a despeito da sua importância, as iniciativas em educação permanente não apareceram nos resultados dos artigos desta amostra.

Por outro lado, os estudos também apontam para o uso e interesse dos profissionais do SUS em PICs e que, embora o ensino público voltado para a saúde coletiva nesta temática ainda seja incipiente, despontam alguns campos de pesquisa e ensino frutíferos para estruturação educacional desta área no setor público.

Os estudos desta amostra também convergem com o relatório de gestão ¹⁵ em relação ao segundo desafio, descrito como *monitoramento e avaliação dos serviços, considerando as diretrizes gerais da política, a institucionalização da avaliação da Atenção Básica, as especificidades de cada componente e os níveis do sistema*. Os estudos apontam para a dificuldade de registrar informações imprescindíveis para o monitoramento e avaliação da política e as principais razões identificadas para estas dificuldades residem na indefinição do escopo das PICs na

PNPIC e na volatilidade dos registros profissionais no CBO.

Outro desafio relatado no documento ¹⁵, descrito como *estruturação dos serviços na rede pública* também é corroborado pelos resultados dos trabalhos desta amostra, que apontam para a restrição do acesso e do potencial das PICs para a promoção de saúde quando tais práticas se inserem na atenção secundária. A hegemonia do modelo biomédico, tanto na sua expressão político–institucional nos serviços de saúde, quanto na sua expressão cultural nas mais diversas manifestações de medicalização social, tende a converter as PICs em meras técnicas e/ou mercadorias, alijando-as de suas bases éticas nas quais o autocuidado e a autonomia assumem papel fundamental.

Neste sentido, a estratégia do MS de priorizar as ações de PICs na APS, *locus* privilegiado de promoção da saúde, é a única possibilidade de estimular o potencial destas práticas, especialmente daquelas praticadas em grupo, para a promoção de saúde coletiva, o que pode representar uma resistência à hegemonia do modelo biomédico através do favorecimento do empoderamento individual e comunitário. A adesão de usuários do SUS às PIC, conforme apontam os estudos, não parece ser um problema, uma vez que os princípios do *vitalismo*, base comum à maioria das PICs, sintonizam-se aos princípios da maioria das práticas religiosas de saúde arraigadas na cultura brasileira.

Entretanto, apesar da Atenção Primária ser o ambiente historicamente menos restrito às especialidades biomédicas e oferecer, portanto, as melhores possibilidades para o desenvolvimento das PICs, as equipes multidisciplinares ali atuantes, conforme lembra Tesser e Luz ⁴, são formadas e habilitadas para lidar com aspectos específicos do adoecimento, com ações de base essencialmente biomédica ainda que associadas a outros conhecimentos. Além disso, o excesso de responsabilidade assumida por este nível de atenção dificulta a inclusão de novas atividades.

Em um cenário de fragilização do projeto político do SUS, marcado pela falta de sustentabilidade econômica, política e institucional do sistema, a implantação da PNPIC, ao mesmo tempo em que representa uma estratégia para enfrentamento destes problemas (através da diminuição dos custos das ações de saúde, do empoderamento individual e comunitário e da participação social dos atores do SUS), representa também uma ameaça às forças políticas privatistas do complexo médico industrial. A ideia de complementariedade, implícita nas PICs,

requer atenção neste sentido, uma vez que pode representar apenas mais uma forma de mercantilizá-las, alijando-as de suas bases éticas empoderadoras.

Dada a falta de recurso indutor e ao caráter contra hegemônico da PNPIC, sua implementação depende em grande parte da participação política de seus atores nos fóruns decisórios do SUS no sentido de criar formas alternativas de legitimação social para estas terapêuticas capazes de garantir seu espaço no cenário da saúde pública brasileira. Diante da falta de conhecimento dos profissionais e gestores em relação à PNPIC, depreende-se que a divulgação da política ainda se apresenta como desafio para sua implantação.

Identifica-se como principal lacuna no campo de pesquisa das práticas integrativas e complementares no SUS estudos de efetividade da política uma vez que aqueles existentes atestam a baixa confiabilidade dos dados disponíveis nos sistemas de informação.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*. 2002; 11 (1): 67-84.
2. Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
3. Foucault M. *Nascimento da Clínica*. 9a ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1977.
4. Tesser, CD, Luz, MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13:195-206.
5. Mattos, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R; Mattos, RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2001. p. 39-64.
6. Illich I. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.
7. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cad de Sociol*.1995; 7:109-128.
8. National Center for Complementary and Alternative Medicine. What is CAM? [Internet]. Washington: NCCAM; 2013 [acesso 15 Jun 2013]. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.
9. Otani MAP, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16:1801-11.
10. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS; 2002. 67p.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: realidades e desafios após dois anos de publicação da PNPIIC. Rev Bras Saúde Família. 2008;(ed esp): 70-76.
14. Barros NF. Abram alas para os novos movimentos sociais: Saúde da Família e Práticas Integrativas e Complementares. Rev Bras Saúde Família. 2008; 4 (ed. esp): 52-63.
15. Rodrigues AG, Pereira AM, De Simoni C, Trajano MA, Santos MG, Morais P, et al. Relatório de Gestão 2006/2010 - Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; 2011.
16. Galvão CM, Sawada, NO, Trevisan, MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Lat-Am Enfermagem. 2004;12:549-56.
17. Whitemore R, Knalf K. The integrative review: update methodology. J Adv Nurs. 2005;52:546-53.
18. Jackson GB. Methods for integrative reviews. Rev Educ Res. 1980;50:438-460.
19. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res. Nurse Health. 1987; 10(1): 1-11.
20. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafk KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000: p. 231-50.
21. Rocha SA. Complexidade, saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. [trabalho de conclusão de curso]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2009.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
23. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. Cad. Saúde Pública, 2010; 26 :7 -13.
24. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev Saúde Pública. 2011; 45: 249-257.

25. Oliveira SGD, Moura FRR, Demarco FF, Nascente PS, Del Pino FAB, Lund RG. An ethnomedicinal survey on phytotherapy with professionals and patients from Basic Care in the Brazilian Unified Health System. *J Ethnopharmacol.* 2012;140: 428-37.
26. Cruz PLB, Sampaio SF. O uso de práticas complementares por uma equipe de saúde da família e sua população. *Rev APS.* 2012; 15: 486-95.
27. Lock-Neckel G, Carmignan F, Crepaldi MA. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde. *Rev Bras de Educ Med.* 2010; 34:82-90.
28. Gonçalves RP, Antunes HM, Teixeira JBP, Ludmila OC, Barbosa PR. Profissionais da área da saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. *Rev APS.* 2008;11:398-405.
29. Salles S. Homeopatia, universidade e SUS: resistências e aproximações. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2008.
30. Franco JA, Pecci C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina (Buenos Aires).* 2002; 63:111- 8.
31. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor ACB. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18:213-20.
32. World Health Organization. WHO Consultation on Proper Use of Traditional Medicine and Complementary Medicine by Consumers, Milan, Italy, 1-3 December 2003. In: Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [acesso 13 Jul 2015]. p. 83. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5525e/s5525e.pdf>.
33. Castro MS, Barros NF, Alegre SM, Hoehne EL. O uso de terapia alternativa e complementar por pacientes diabéticos do tipo 2. *Brasília Méd.* 2012;47:17-25.
34. Neto JAC, Sirimarco MT, Neto JAD, Valle DA, Martins JSC, Cândido TC. Uso e compreensão da medicina complementar pela população de Juiz de Fora. *HU Rev.* 2010;36: 266-76.
35. Fontanella F, Speck FP, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *Arq Catarin Med.* 2007;36: 69-73

36. Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *Rev. Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2012; 22:233-8.
37. Ceolin T, Heck RM, Pereira DB, Martins AR, Coimbra VCC, Silveira DSS. Inserción de terapias complementarias en el sistema único de salud al cuidado integral en la asistencia. *Enfer Glob.* 2009;16:1-9.
38. Pennafort VPS, Freitas CHA, Jorge MSB, Queiroz MVO, Aguiar CAA. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2012;16:289-95.
39. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas Integrativas e Complementares de desafios para a educação. *Trab. Educ, Saúde.* 2011;9:361-78.
40. Teixeira MZ, Lin CA. Educação médica em terapêuticas não convencionais. *Rev Med (São Paulo).* 2013;92:224-35.
41. Santanna C, Hennington EA, Junges JR. Prática homeopática e a integralidade. *Interface (Botucatu).* 2008; 12(25): 233-46.
42. Lima, KMV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção de saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface (Botucatu).* 2013;18(49):261-72.
43. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16:1793-800.
44. Silva EDC, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:2186-96.
45. Cintra MER, Figueiredo R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. *Interface (Botucatu).* 2010;14 (32):138-54.
46. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saúde Soc.* 2012;21:336-50.
47. Luz, MT. *Novos Saberes e práticas em saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec, 2007.
48. Magalhães, MGM, Alvim, NA. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. *Esc Anna Nery de Enferm.* 2013;17:646-53.

49. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção de saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:1732-42.
50. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:914-20.
51. Santos MC, Tesser CD. Um método para implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (11): 3011-3024.
52. Santos FAS, Sousa IMC, Gurgel IGD, Bezerra AFB, Barros NF. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:1154-59.
53. Rui AAO, Florian MR, Grillo CM, Meirelles MPR, Sousa MLR. Avaliação do conhecimento e interesse em tratamento com Acupuntura na Odontologia pelos usuários do Sistema Único de Saúde dos municípios de Rio Claro e Cerquilha-SP. *J Health Sci. Inst*. 2013;31:24-6.
54. Marques LAM, Vale FVR, Nogueira VAS, Mialhe FL, Silva LC. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis (Rio de Janeiro)*. 2011;21:663-74.
55. Monteiro DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:1903-12.
56. Justo CMP, Gomes MHA. A cidade de Santos no roteiro de expansão da homeopatia nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2007;14:1159-71.
57. Andrade JT, Costa LFA. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde Soc*. 2010;19:497-508.
58. Galhardi WMP, Barros NF. O ensino da homeopatia e a prática no SUS. *Interface (Botucatu)*. 2008;12:247-66.
59. Neves LCP, Selli L, Junges R. A integralidade da Terapia Floral e a viabilidade de sua inserção no Sistema Único de Saúde. *Mundo Saúde*. 2010;34:57-64.
60. Navolar TS, Tesser CD, Azevedo E. Contribuições da nutrição complementar integrada. *Interface (Botucatu)* 2012;16(41):515-27.

61. Sousa IMC, Bodstein RCA, Santos FAS, Hortale VA. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos em municípios selecionados. Cad Saúde Pública. 2012;28:2143-54.
62. Santos FA, Gouveia GC, Martelli P JL, Vasconcelos EMR. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não médicos. Rev Bras Fisioter. 2009;13:330-4.
63. Paim, J. O future do SUS. Editorial. Cad. Saude Publica. Rio de Janeiro. 2012;28:612-613.

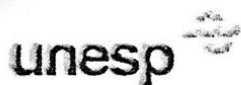
Anexos

ANEXOS

Anexo A- Instrumento utilizado para Coleta de Dados, elaborado e validado por Rocha.

Nº do Artigo	Base de Dados	Ano	Volume	Número	Páginas
Título					
1º Autor	Profissão	Titulação	Local de Atuação		
2º Autor	Profissão	Titulação	Local de Atuação		
3º Autor	Profissão	Titulação	Local de Atuação		
Periódico					
Método	Palavras-Chave				
Objeto de Estudo					
Objetivo					
Problema					
Sujeitos					
Conceitos					
Resultados					
Cenário					
Categoria					

Anexo B- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
kleber@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 19 de setembro de 2013

Of. 133/2013-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof.ª Dr.ª Regina Stela Spagnuolo
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.ª Regina,

Informo que o Projeto de Pesquisa "Práticas Integrativas e Complementares no SUS e a Integralidade: Uma Revisão Integrativa da Literatura", de autoria de Pedro Henrique Leonetti Habimorad, orientado por Vossa Senhoria, foi analisado e constatado que se trata de Revisão Sistemática da Literatura, portanto não necessitando de Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
"arripus ut bullata"



MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico:

- () Pós Doutorado
 () Tese Doutorado
 (X) Dissertação de Mestrado
 () Trabalho científico
 () Outros: Especificar

Título Inicial:

Práticas Integrativas e Complementares no SUS e a Integralidade: Uma revisão Integrativa da Literatura

Título Final:

Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Revisão Integrativa

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 19/09/2013

Declaro que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

Prof^ª. Dr^ª. Regina Stella Spagnuolo

Pedro Henrique Leonetti Habimorad

- **Projetos submetidos via Plataforma Brasil:** Preencher o formulário, digitalizar, protocolar no CEP e postar no sistema Plataforma Brasil.
- **Projetos submetidos anteriormente à Plataforma Brasil:** Preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o parecer inicial de aprovação.

09:48 28/07/2015 0000000 COMITE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP