

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Juliana Cruz Gondim de Melo

**Acupuntura no SUS: conhecimento, uso e interesse em formação por
profissionais da Estratégia da Saúde da Família do Recife**

RECIFE

2013

Juliana Cruz Gondim de Melo

**Acupuntura no SUS: conhecimento, uso e interesse em formação por profissionais da
Estratégia da Saúde da Família do Recife**

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

Orientadora: Profa.Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa

RECIFE

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M528 Melo, Juliana Cruz Gondim de.
a Acupuntura no SUS: conhecimento, uso e interesse em formação por profissionais da Estratégia da Saúde da Família do Recife. / Juliana Cruz Gondim de Melo. — Recife: O autor, 2013.
47 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa.

1. Acupuntura. 2. Capacitação. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Título.

CDU 614.2

Juliana Cruz Gondim de Melo

**Acupuntura no SUS: conhecimento, uso e interesse em formação por profissionais da
Estratégia da Saúde da Família do Recife**

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

Aprovado em: 29 de Maio de 2013

Banca Examinadora

Dr^a Islândia Maria Carvalho de Sousa

Departamento de Saúde Coletiva/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE

Ms Francisco de Assis Silva Santos.

Associação Caruaruense de Ensino Superior – ASCES/PE

*Dedico este trabalho à memória do meu primo- irmão João Marcelo Cruz.
Um ser humano especial, que marcou a vida de todos que estiveram ao seu lado com seu
amor, seu carinho, sua alegria e, sobretudo com sua fé na vida.*

Saudade eterna

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Walter e Lilia, que sempre me ensinaram que não há bem maior do que o conhecimento e sempre me incentivaram a lutar pelos meus objetivos;

Ao meu esposo Gilvanio, pelo suporte e encorajamento durante todos os momentos dessa caminhada;

Aos meus irmãos, Rafael, Carolina e Filipe que sempre me vibraram com as minhas conquistas;

Aos meus tios e primos pelo apoio incondicional;

Aos meus amigos pela energia positiva nos momentos de angústia;

A todos que integram o Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde. Em especial à minha orientadora Islândia pela dedicação, paciência e por sempre ter acreditado no nosso grupo, nos incentivando a crescer enquanto profissionais e seres humanos.

Às minhas amigas Lidiane e Michelle pela grande parceria durante toda a jornada desta pesquisa e aos demais amigos da turma da Residência pelo companheirismo e aprendizado cotidiano;

Ao coordenador da Residência Domício Sá, pela dedicação e compromisso com a nossa turma; aos professores do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, por todo conhecimento transmitido e a todos os funcionários do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães pela atenção dada a nossa turma;

Aos preceptores dos estágios Mauricéa Santana, Fernando Moreira e Ana Paula Muniz pelo acolhimento, apoio e ensinamentos;

A todos enfim, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização de mais essa etapa da minha vida.

MELO, Juliana Cruz Gondim de. **Acupuntura no SUS: conhecimento, uso e interesse em formação por profissionais da Estratégia da Saúde da Família do Recife.** 2013. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

A acupuntura é uma prática da Medicina Tradicional Chinesa que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde. No Brasil, a acupuntura tem sido defendida como especialidade e também como profissão autônoma. Existem algumas leis regionais que institucionalizam a acupuntura no serviço público de saúde como prática multiprofissional. Discutir o conhecimento, uso e interesse em formação pelos profissionais da atenção básica pode contribuir para futuras discussões sobre os caminhos que se desenharão para essa prática no Sistema Público e Privado de Saúde. Este estudo tem como objetivo identificar o interesse em formação, conhecimento e uso da acupuntura por médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia da Saúde da Família do Recife. A coleta de dados foi realizada nos 6 (seis) Distritos Sanitários do município, entre os meses de dezembro de 2010 a agosto de 2011, em visitas às Unidades de Saúde da Família e nas Reuniões Administrativas da Atenção Básica, utilizando-se um formulário semi-estruturado. Dos 249 profissionais entrevistados, 227 (91%) tinham interesse em formação em Medicinas Alternativas e Complementares. Destes, 70 (30%) elencaram acupuntura como sua primeira opção de interesse. 22 (31,4%) eram médicos; 36 (52,4%) enfermeiros e 12 (17,1%) dentistas. Dos 70 profissionais com interesse de formação em acupuntura 63 (90%) afirmaram que conheciam acupuntura; 15 (21,4%) declararam que usavam acupuntura para si e 10 (14,3%) afirmaram que usavam acupuntura para família. Não foi percebida a relação entre o interesse em formação em acupuntura e o seu conhecimento e uso pelos profissionais. Foi possível observar que a acupuntura era muito conhecida e foi a opção mais referida como interesse de formação, contudo, era pouco utilizada do ponto de vista pessoal (para si e para família) pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde do Recife que foram entrevistados.

PALAVRAS-CHAVES: Acupuntura. Capacitação. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde

MELO, Juliana Cruz Gondim de. **Acupuncture in SUS: knowledge, use and interest in training by professionals of the Family Health Strategy of Recife.** Recife 2013. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

Acupuncture is a practice of Traditional Chinese Medicine which deals with the health process in an integral and dynamic way. In Brasil, Acupuncture has been defended as a specialty and as autonomous profession. There are some regional laws that implement acupuncture in public health as a multidisciplinary practice. Discuss the knowledge, use and interest in training by professionals from primary care, can contribute to future discussions about the ways this practice in Public and Private Health Systems will take. This study aims to identify the interest in training, knowledge and use of acupuncture by doctors, nurses and dentists of the Family Health Strategy of Recife. The data was collected in the 6 (six) Sanitary Districts of the city, between the months of december 2010 and august 2011, in visits to to Family Health Units and Primary Care Administrative Meetings, using a semi-structured form. 227 (91%) of the 249 professionals interviewed had interest in training for Alternative and Complementary Medicine. 70 (30%) of those choose acupuncture as their first choice. 22 (31,4%) were doctors; 36 (52,4%) were nurses and 12 (17,1%) dentists. 63 (90%) of the 70 professionals with interest in training knew acupuncture; 15 (21,4%) declare that used it to themselves and 10 (14,3%) said that use acupuncture to their family. There is no relation between the interest in acupuncture formation and it knowledge and use by professionals. It was observed that acupuncture was well known and the option that have the most interest in formation. However, it was rarely used for themselves and family by professionals from Primary Health Care in Recife interviewed.

KEYWORDS: Acupuncture. Training. Primary Health Care Unified Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medicinas Alternativas e Complementares referidas como primeira opção de interesse de formação por profissionais da Estratégia da saúde da Família, Recife, 2011.	28
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família de Recife que indicaram acupuntura como primeira opção de interesse de formação	29
Tabela 3 – Número de profissionais que tem interesse em formação em acupuntura em relação aos que conhecem acupuntura.	30
Tabela 4 - Número de profissionais que tem interesse em formação em acupuntura em relação aos que usam acupuntura para si.	31
Tabela 5 – Número de profissionais que tem interesse em formação em acupuntura em relação aos que usam acupuntura para a família.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IMAM	Instituto Mineiro de Acupuntura e Massagem
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicinas Tradicionais
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NAPI	Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PLs	Projetos de Lei
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF	Programa Saúde da Família
RM	Racionalidades Médicas
RPA	Região Político-Administrativa
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIS	Unidade de Cuidados Integrals à Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 As Medicinas Alternativas e Complementares no SUS	15
2.2 A Regulamentação e a disputa pelo exercício da acupuntura	17
2.3 A acupuntura no Sistema Único de Saúde	20
2.4 As Medicinas Alternativas e Complementares em Recife/PE	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4 MÉTODO	25
4.1 Desenho do Estudo	25
4.2 Cenário e População	25
4.3 Amostra	25
4.4 Coleta de dados	26
4.5 Categorias de análise (variáveis)	26
4.6 Plano de análise dos dados	27
4.7 Limitações do estudo	27
4.8 Considerações éticas	27
5 RESULTADOS	28
5.1 Interesse de formação em MAC	28
5.2 Caracterização dos profissionais que indicaram a acupuntura como primeira opção	29
5.3 Caracterização do conhecimento e uso da acupuntura e relação com o interesse em formação em acupuntura	30
6 DISCUSSÃO	32

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS	45

1 INTRODUÇÃO

As Medicinas Tradicionais, Alternativas e Complementares (MT/MAC) tem ocupando espaço na oferta dos serviços privados e públicos de saúde, bem como, em outras esferas e classes sociais. Ela tem sido vista como material de especulação, opção terapêutica ou objeto de estudo no meio científico, reforçando a ideia de que o sistema biomédico pode conviver com outras formas de cuidado (OTANI; BARROS, 2009; SOUSA et al., 2012; SOUSA; VIEIRA, 2005; THIAGO; TESSER, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem incentivando o uso das MT/MAC por seus países membros, denominadas de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), no Brasil. Em 2002, a OMS lançou o documento intitulado *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*, que estabelece requisitos de segurança, eficácia, qualidade, acesso e uso racional das MT/MAC com o objetivo de nortear e estimular o desenvolvimento de políticas para sua implantação (KUREBAYASHI et al., 2009).

Uma das MT/MAC derivadas de tradições culturais distintas da medicina ocidental que vem sendo bastante difundida e discutida é a Medicina Tradicional Chinesa (MTC). As práticas mais comuns da MTC são a moxabustão (técnica em que se aquecem determinados pontos do corpo com espécies de erva do gênero *Artemísia*), a tuiná (massagem terapêutica), os exercícios respiratórios, a fitoterapia chinesa, a dietética chinesa, e a acupuntura, esta última desenvolvida em mais de 78 países por acupunturistas e também por médicos alopatas. (ANDRADE, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Cada vez mais respaldada pela literatura médica mundial no que diz respeito a sua eficácia, a acupuntura vem sendo amplamente difundida no ocidente e, começa a ser modificada não só na sua forma de ser praticada, como também no perfil dos profissionais que a praticam (LIN et al., 2008).

Seu princípio de atuação é reconfigurar a vitalidade do indivíduo utilizando as propriedades de locais específicos no corpo, denominados pontos de acupuntura (LUZ, D., 2012). A acupuntura aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos (BRASIL, 2006b). Para restaurar ou manter a saúde, a acupuntura age no sentido de restabelecer o equilíbrio da energia interna do indivíduo, que pode ter sido perturbado por fatores internos ou externos, como emoções reprimidas, alimentação inadequada, fatores do meio ambiente, além de predisposições individuais (IORIO et. al., 2004).

A mesma trabalha com padrões individuais de adoecimento (desequilíbrio energético), para isso utiliza diversos artifícios como uma ampla anamnese, a observação minuciosa do indivíduo (unhas, pele, cabelos, olhos, postura do corpo, dentre outros), a verificação do pulso, e a inspeção da língua. (LUZ, D., 2012).

Acredita-se que o tratamento utilizando acupuntura possa promover o contato e o aprendizado de novas formas de se pensar o corpo, a saúde e a doença, viabilizando ações promotoras de saúde (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010) uma vez que para compreendê-lo deve-se entender as relações do corpo com o meio externo e consigo mesmo, bem como o conceito do equilíbrio natural (BRUDIS, 2004).

Esta prática da MTC tem apresentado um aumento expressivo de adeptos, tanto em números dos que se submetem ao seu tratamento, como em número dos profissionais que a exercem (FIÚZA et al., 2011; NOGUEIRA; CAMARGO, 2007; SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001).

Sobre esta ampliação da acupuntura nos serviços de saúde recente estudo demonstrou que entre os anos de 2007 e 2011 a oferta de profissionais que realizavam atendimento em acupuntura no Brasil aumentou significativamente, todavia esse aumento correspondia principalmente aos profissionais que não atendiam no SUS. Este achado sugere que a insuficiência de políticas de formação conforme as necessidades do SUS, neste caso as MAC, tem gerado lacunas na oferta de serviços públicos (SOUSA et al., 2012).

Como profissão, esta tem sido defendida como especialidade e também como profissão autônoma por diversas categorias, por intermédio de Projetos de Leis (PLs) de âmbito nacional e regional (KUREBAYASHI; FREITAS, 2008). Sobre as motivações que levam os profissionais de saúde a praticar e a realizar formação em acupuntura, estas podem ser diversas e complexas. (IORIO et. al, 2010; OTANI; BARROS, 2011).

De acordo com Fiore e Yazigi (2005), a escolha da profissão ou das especialidades pode ter influências de caráter cultural, social e psíquico individual e familiar. A profissão é produto do trabalho social de construção de um grupo e de uma representação de grupos.

A crise da biomedicina, a concepção integrada e holística do mundo, a satisfação pessoal no exercício da profissão e na resolubilidade dos problemas dos pacientes, o reconhecimento dos conselhos, a competitividade no mercado de trabalho, o aprimoramento profissional, a efetividade da prática, a aproximação de características da acupuntura com características da Atenção Primária à Saúde (APS) ou tudo isso junto pode contribuir para o

interesse de formação nesta prática (IORIO et al., 2010; OTANI; BARROS, 2011; TESSER; SOUSA, 2012; THIAGO; TESSER, 2010).

Características da APS como o cuidado longitudinal e integral, a integração de ações de cuidado, a prevenção e a promoção, a troca de conhecimentos entre profissionais e usuários, permitem a singularização, a humanização e ampliação do cuidado, e se alinham às características da MTC/acupuntura, que busca compreender o indivíduo em sua dimensão biológica, psicológica e social e suas interações, e enfatiza o desenvolvimento de um relacionamento cooperativo entre terapeuta e paciente (TESSER; SOUSA, 2012; THIAGO; TESSER, 2010).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) fortaleceu a concepção ampliada dos usos da acupuntura e aproximou esta prática da APS, uma vez que estabeleceu que a mesma tem caráter multiprofissional e pode ser utilizada para a promoção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006a; DALLEGRAVE et al., 2011). Esta ampliação do campo de atuação das MAC e da acupuntura aumenta a necessidade em formação (OTANI; BARROS, 2009).

Estudos que abordem o interesse de formação em MAC pelos profissionais da APS são importantes e escassos no Brasil, o que torna a realização de estudos dessa natureza pertinente. Visto que os profissionais de saúde são atores sociais marcantes na assistência e tem grande responsabilidade no cuidado (THIAGO; TESSER, 2010) conhecer seu interesse em formação, ou seja, em que temas esses profissionais desejam ampliar conhecimento pode contribuir para que os programas de formação possam ter maior sinergia entre as necessidades do SUS e interesse dos profissionais.

Discutir sobre o exercício da acupuntura, o interesse em formação, o conhecimento e o uso por profissionais da atenção básica de Recife pode contribuir para futuras discussões sobre os possíveis caminhos que se desenharão no Sistema Público e Privado de Saúde do município acerca das MAC.

Assim, este trabalho tem como pergunta condutora qual o conhecimento, o uso e o interesse em formação, dos profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família de Recife acerca da acupuntura?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) no SUS

Os registros da história da medicina mostram que o cuidado em saúde desenvolveu diferentes modelos de acordo com o contexto e as bases culturais e materiais de cada época (OTANI; BARROS, 2009). O modelo ocidental atual é o biomédico, também denominado biomedicina, medicina moderna, medicina ocidental ou medicina alopática, que surgiu no século XVII, e reflete o referencial técnico-instrumental das biociências (CARVALHO et al., 2008).

Neste modelo, ocorre a abordagem técnica da saúde; o corpo humano é compreendido pela inter-relação de suas partes, dificultando a valorização do todo; o fenômeno biológico é explicado pela química e pela física e as doenças não são vistas como construções, mas como entidades que existem, cabendo ao médico identificá-las, e curá-las, através tecnologias cada vez mais sofisticadas (KOIFMAN, 2001).

A biomedicina tem pouca ênfase para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças, assim, mesmo com todos os avanços e sofisticação, apresenta limites para oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas, principalmente para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham em diversos graus qualquer doença (BARROS, 2002; KOIFMAN, 2001). Dessa forma, embora a visão especializada ou segmentada acerca do processo saúde doença tenha proporcionado significativos avanços nos estudos sobre a saúde humana, ela não consegue solucionar as enfermidades em todas as suas dimensões (CARVALHO et al., 2008; LUZ, M., 2005).

Os limites do sistema biomédico podem ser observados, por exemplo, pela dificuldade de enfrentamento de problemas de saúde como as doenças psicossomáticas, neoplasias, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas que não respondem de modo satisfatório a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer (SILVA; ALVES, 2007) o que gera insatisfação por parte de profissionais de saúde e de pacientes e leva ao crescimento, nas sociedades ocidentais, da busca e do uso de novos modelos em cura e saúde (LUZ, M. 2005).

Segundo a OMS, as MT/MAC são diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são considerados parte da medicina convencional. No Brasil, as MT/MAC foram denominadas pelo Ministério da Saúde (MS) como Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Além da utilização das definições de MT/MAC e PIC, estudos

iniciados por Luz na década de 90, deram origem à categoria Racionalidade Médica (RM), que permitiu distinguir os sistemas médicos complexos como a biomedicina, a homeopatia a medicina ayurvédica ou a medicina tradicional chinesa, de terapias ou métodos diagnósticos, como os florais de Bach, a iridologia, o reiki, entre outros (LUZ, M., 2012; TESSER, 2009).

As RM adotam a teoria de que o corpo físico dos seres vivos é animado e dominado por um princípio imaterial chamado “força ou dinâmica vital”, “energia” ou “bioenergia”, cuja presença distingue o ser vivo dos corpos inanimados e que as doenças resultariam do rompimento da harmonia desse fluxo vital (LUZ, M., 1996; SOUSA; VIEIRA, 2005).

O conceito de RM possibilitou que os sistemas médicos complexos fossem vistos como portadores potenciais de racionalidade científica, ampliando assim, o campo de pesquisas para medicinas atuantes na cultura ocidental, e possibilitando a legitimação de políticas de cuidado em saúde, as intervenções diagnósticas e terapêuticas desses sistemas médicos não hegemônicos (LUZ, M., 2012).

Atualmente o sistema público de saúde transporta para seu interior outros saberes e racionalidades de base tradicional, que passam a conviver com a lógica e os serviços convencionais da biomedicina (ANDRADE; COSTA, 2010). O SUS preconiza um atendimento em saúde universal, igualitário e integral, compreendendo tanto as ações assistenciais quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças com ênfase na Atenção Básica (AB) (ALVES, 2005; SANTOS, 2010). No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) é uma formulação típica do SUS e significa o primeiro nível de atenção à saúde. Os trabalhadores da Atenção Básica constituem um grande contingente de força de trabalho do SUS sendo fundamentais para o desenvolvimento e melhoria deste sistema (TOMASI et al., 2008).

A ABS está representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se tornou a porta de entrada para os serviços do SUS, e materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, baseado na geração de vínculo, corresponsabilidade pela saúde e visão sistêmica e integral do indivíduo (ALVES, 2005; SANTOS, 2010; SOUSA; HAMANN, 2009).

A ESF busca diminuir a distância entre as equipes de saúde e a população e exige diferentes habilidades dos trabalhadores desta modalidade de Atenção. Os profissionais da ESF estão em contato diário com a realidade de comunidades em diversos aspectos, o que

pressupõe diferentes recursos e responsabilidades dos trabalhadores (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Algumas características da APS a aproxima das MAC que também assumem o cuidado e a cura de modo ampliado, bem como, a prevenção de adoecimentos e a promoção da saúde e procuram reconstruir relações de parceria e corresponsabilização, além do vínculo emocional entre terapeuta e paciente, de modo que suas características se aproximam às características da APS (TESSER; SOUSA, 2012).

A adoção das PIC no âmbito da Atenção Básica exige da equipe de saúde, capacitação para o conhecimento dessas práticas e preparo para compreender, apoiar e respeitar a singularidade de cada indivíduo, proporcionando uma relação humanizada, baseada na visão holística de atendimento ao ser humano (PARANAGUÁ et al., 2009).

2.2 Formação e Regulamentação da Acupuntura no Brasil

A tradição chinesa vem se transformando ao longo das últimas décadas, de modo que nela coexistem ideias e práticas de diversos períodos históricos. Atualmente, ela tende a se subdividir em especialidades relativamente isoladas entre si, assim com acontece na biomedicina, devido em parte, à tentativa de experimentar cientificamente os resultados de cada terapêutica (LUZ, D., 2012).

Em muitos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Alemanha, a acupuntura já foi regulamentada como multiprofissional (BRASIL, 2003). No Brasil, o processo de regulamentação tanto em décadas anteriores quanto na atualidade, está cercada de resistências e lutas por monopólio no que diz respeito ao seu exercício (XIMENES; MARTINI, 2009).

Sobre a construção do seu campo no país, este apresenta alguns elementos de conflito: num primeiro momento, a negação de sua eficácia terapêutica pelo Estado e Instituições de Saúde versus a pressão exercida pelo crescimento de sua demanda pela sociedade; depois a aceitação da eficácia de intervenção conduzindo a conflitos inter e intracategorias profissionais pelo direito ao exercício da prática, e por fim o processo de institucionalização de produtos e serviços de saúde, do seu ensino e formação profissional, versus associações e conselhos de regulação do exercício da profissão (SOUZA, 2008).

As propostas que dizem respeito à formação do acupunturista seriam três: a que prevê cursos em níveis médio, superior e de pós-graduação para alunos com graduação na área de saúde; a que limita a formação ao nível de pós-graduação para profissionais com graduação na área de saúde; e a proposta de que apenas os médicos sejam considerados aptos para a formação em acupuntura. No caso dos profissionais de nível médio, estes seriam considerados técnicos e exerceriam a função sob orientação de acupunturistas com formação superior (NASCIMENTO, 1998).

Existem cursos de especialização supervisionados por alguns Conselhos Federais dos profissionais de saúde e cursos técnicos reconhecidos pelas Secretarias de Educação no Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina. O Ministério da Educação (MEC) autorizou em 2000 o funcionamento do Curso Superior de Acupuntura do Instituto Mineiro de Acupuntura e Massagem (IMAM), em Belo Horizonte, e reconheceu em 24/2/2003 os diplomas de acupuntura da Universidade Estácio de Sá. Há um consenso entre os acupunturistas de lutar por uma formação profissional em nível superior de modo que a longo prazo, vá diminuindo o número de técnicos (BRASIL, 2003).

Muitas das disputas entre as profissões, antes travadas principalmente nos locais de trabalho, hoje atingem a esfera pública e chegam à opinião pública e ao Poder Judiciário, que passou a ser cada vez mais acionado para resolver disputas coletivas entre as profissões (GIRARDI; SEIXAS, 2002). Contudo, essas disputas não implicam necessariamente na aceitação plena da diferente racionalidade, uma vez que o recorte biomédico é hegemônico no setor (DALLEGRAVE et al., 2011).

A expansão da MTC/acupuntura dentro do ocidente vem mostrando uma tendência muito mais à complementaridade em relação a medicina convencional do que à sua rejeição. (FRÓIO, 2006). Pode-se tomar como exemplo o que ocorre na saúde suplementar, onde um grande número de convênios credencia somente profissionais acupunturistas com formação em medicina, o que faz pensar na manutenção da lógica hegemônica de categorização da doença pelo modo ocidental de pensá-la (DALLEGRAVE et al., 2011).

A luta médica para a obtenção de monopólio restrito no exercício da acupuntura envolve a resistência das corporações médicas face à emergência de outras práticas de cuidados à saúde não subordinadas ao paradigma ou à autoridade cultural da medicina convencional ou ainda ao monopólio médico (NASCIMENTO, 1998). Assim, para além do interesse pela questão humanitária o campo da saúde e da medicina também se interessa pela

questão econômica e comercial, sendo a medicina um meio de ganhar a vida em um mercado muito competitivo. (FRÓIO, 2006, NASCIMENTO, 1998).

Historicamente registrou-se que a MTC começou a ser praticada no Brasil, primeiramente, pelos imigrantes chineses que chegaram ao Rio de Janeiro em 1810, mas a difusão da acupuntura no país ocorreu de forma mais efetiva nos anos 50 pelo fisioterapeuta francês Frederico de Spaeth, cofundador da Associação Brasileira de Acupuntura e do Instituto Brasileiro de Acupuntura, primeira clínica institucional de acupuntura no Brasil (PEREIRA, 2010).

A partir da década de 80, sua regulamentação passou a ser amplamente discutida. Em 1982, o Ministério do Trabalho e Emprego elaborou a Classificação Brasileira de Ocupações, com a ocupação de acupunturista, tendo sido feita uma nova versão através da Portaria nº397/2002, descrevendo a profissão de acupunturista como independente de qualquer classe profissional, inclusive a médica, com registro nº 3221-5 (KUREBAYASHI et al., 2009).

No ano de 1984, se iniciou a discussão sobre os aspectos legais na Câmara dos Deputados. Com a criação do Projeto de Lei Federal 383/91, houve a regulamentação para o exercício da Acupuntura por todos os profissionais da área de saúde. A partir daí, os Conselhos Federais iniciaram as regulamentações próprias, estabelecendo critérios para o exercício da acupuntura e mantendo parâmetros para fiscalizar a sua prática (PEREIRA, 2010).

Em 1985, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) foi o primeiro a reconhecer oficialmente a acupuntura como recurso terapêutico e especialidade do fisioterapeuta registrada na carteira profissional. Outros Conselhos fizeram suas próprias regulamentações: em 1986 o Conselho Federal de Biomedicina; em 1995 o Conselho Federal de Enfermagem e o de Medicina; em 2000 o Conselho Federal de Farmácia; no ano de 2001 o Conselho Federal Fonoaudiologia, e em 2002 o Conselho Federal de Psicologia (PEREIRA, 2010).

Existem algumas leis regionais que implantam acupuntura no serviço público de saúde como prática multiprofissional, como por exemplo, a Lei 3181/99 do Estado de Rio de Janeiro e a Lei nº. 5741 de Guarulhos. Também há leis que criam Conselhos Municipais de Acupuntura com representantes multiprofissionais, como a Lei N.º 5756/01 de Guarulhos e a Lei N.º 13.472/02 de São Paulo (BRASIL, 2003).

Contudo, a falta de uma legislação nacional específica tem provocado dúvidas e conflitos interprofissionais e entre conselhos de categorias profissionais da área da saúde, que criam disposições, por meio de pareceres ou resoluções, mas que não são Leis regulamentadoras do exercício da acupuntura (KUREBAYASHI; FREITAS, 2008).

2.3 A Acupuntura no Sistema Único de Saúde

Sobre as MAC e acupuntura nos serviços públicos de saúde, alguns marcos podem ser destacados até implantação da PNPIC em 2006: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no ano de 1986 que determinou em seu relatório final a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida (BRASIL, 2006a).

Em 1988, as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) - nº 4, 5, 6, 7 e 8/88, fixaram normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (BRASIL, 2006a).

Em 1995, ocorreu a instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria GM Nº 2543, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) aprovou em seu relatório final, a incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde como a Acupuntura, Fitoterapia, e Homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares (BRASIL, 2006a).

Em 1999, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM Nº 1230 de outubro de 1999, inseriu na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) a consulta médica em Acupuntura e Homeopatia (BRASIL, 2006a). Contudo, essa inserção ocorreu de forma unilateral, codificando apenas a consulta médica, o que desencadeou a centralização do atendimento por médicos, dificultando assim, que os acupunturistas das demais classes profissionais de saúde pudessem registrar sua produção no sistema (PEREIRA, 2010).

No ano 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde recomendou a incorporação das práticas não convencionais de terapêutica como Acupuntura e Homeopatia na Atenção Básica, especialmente, na Rede Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 2003 houve a formação de um Grupo de Trabalho no

Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) ou apenas MNPC no SUS (atual PNPIC). Neste mesmo ano o Relatório final da 12ª CNS deliberou para a efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual PNPIC) (BRASIL, 2006a; PEREIRA, 2010).

Em 2005 o Decreto presidencial de 17/02/05 (2005) criou o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006a). Assim, as PIC e a MTC/Acupuntura foram ganhando visibilidade no país a partir da década de 1980, principalmente após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que abriu novas possibilidades de inserção de técnicas que pudessem ter reflexo positivo no atendimento público, como as práticas pertencentes à MTC (PEREIRA, 2010).

As experiências existentes na rede pública de saúde começaram a ocorrer de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, sem fornecimento adequado de insumos ou de ações de acompanhamento e avaliação, devido à ausência de diretrizes específicas (BRASIL, 2005). Diante disso, houve a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) a partir de 2006 pelo Ministério da Saúde com intuito de reduzir as diferenças regionais na oferta de ações de saúde e a ampliar as possibilidades de acesso a serviços de maneira mais equânime (BRASIL, 2006a).

A PNPIC estabeleceu que a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura pode ser praticada na rede pública por qualquer profissional de saúde devidamente especializado em entidades credenciadas e que atendam aos critérios de cada conselho profissional (BRASIL, 2006a).

A característica multiprofissional da acupuntura também foi ressaltada pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos Apoio à Saúde da Família (NASF), e gerou oportunidade para que outros profissionais que atuam em parceria com as Equipes de Saúde da Família, como médicos ginecologistas, pediatras e psiquiatras, educadores físicos, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, registrassem sua produção no SUS (SANTOS et al., 2009).

2.4 As Medicinas Alternativas e Complementares em Recife/PE

Com a descentralização e a participação popular estimulada pelo SUS, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar diversas experiências pioneiras. (BRASIL, 2006a) No Nordeste, antes mesmo da publicação da PNPIC o Município de Recife/PE, em 2004, com vistas a melhorar a qualidade de vida e o acolhimento aos pacientes, iniciou atividades em PIC para a promoção da saúde, com a criação da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde (UCIS) Professor Guilherme Abath, incorporada à Rede Municipal de Saúde para atuar como referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), particularmente para atender pacientes encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (SANTOS, 2010).

A UCIS passou a oferecer atendimentos em homeopatia, fitoterapia e acupuntura, além de um Programa de Alimentação Saudável, com foco em orientações nutricionais, realização de oficinas com grupos de idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos, e também capacitação dos agentes comunitários das Unidades de Saúde da Família (USF) para a correta manipulação de receitas de produção caseira, como chás e lambedores (SANTOS, 2010; SANTOS et al., 2011).

De acordo com os dados publicados no 1º seminário de Práticas Integrativas e Complementares a UCIS Guilherme Abath no ano de 2005 teve uma produção geral de 6.510 atendimentos individuais e 5.628 em grupos, totalizando 12.138 atendimentos realizados pelos profissionais de homeopatia, acupuntura, nutrição, farmácia, auxiliar de enfermagem e triagens. Em 2006, foram 25.011 atendimentos (10.787 individuais e 14.224 em grupos) e em 2007, 28.380 (16.921 individuais e 11.459 em grupos) (SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, 2009).

A proposta de introdução das MAC na rede de saúde do Recife aconteceu em um momento de mudanças políticas, com a inserção de novos atores no cenário da gestão da saúde que representavam um governo municipal que tinha como princípio a participação democrática e popular (SANTOS, 2010). Todavia, a análise realizada por Santos (2010), mostrou que a formulação e implantação da política no município teve caráter elitista, uma vez que a mesma foi desenvolvida por gestores do alto escalão, com pouca participação social, pouca discussão no Conselho Municipal de Saúde (CMS) e com os profissionais da rede

Essa característica pode ser constatada pelo fato de que a maior entidade, em âmbito municipal, representativa dos interesses dos usuários, o CMS, não aliou o discurso das Práticas integrativas como tema relevante, o que é um dos fatores determinantes para a falha de Políticas Sociais (SANTOS *et al.* 2011). Assim, a baixa participação da sociedade dificultou a legitimidade tão necessária à continuidade de políticas e de programas na área das PIC no Recife (SANTOS, 2010).

A Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) de Recife foi oficializada em 2012 pela Portaria nº 122, de 6 de julho de 2012 (RECIFE, 2012a). Em Recife as MAC incluídas na PMPIC foram a Medicina Tradicional Chinesa, englobando a prática da Acupuntura, do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, da Automassagem, da Orientação Alimentar e da Fitoterapia Chinesa; a Medicina Ayurvédica, que engloba a prática de Orientação Alimentar, Massagem Ayurvédica, Meditação, Processos de Limpeza e Desintoxicação, Fitoterapia Indiana e a Yoga (exercícios corporais, respiratórios e mentais); a Fitoterapia Brasileira; a Medicina Antroposófica; a Homeopatia e também práticas de reconhecido valor social, mesmo que sigam a mesma racionalidade científica moderna, desde que atendam aos pressupostos éticos e legais e estejam orientadas a atender as necessidades sociais de saúde da população do município (RECIFE, 2012).

A PMPIC consolidou as Unidades de Cuidado Integrals à Saúde (UCIS) como componentes estratégicos e ainda criou os Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI), que são considerados dispositivos de produção de redes em práticas integrativas e complementares funcionando segundo os pressupostos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, com ênfase nas práticas integrativas complementares (RECIFE, 2012).

As UCIS devem funcionar como referência técnica para a política e para a rede de serviços de saúde; contribuir para a construção e qualificação de fluxos assistenciais orientados pelo princípio da integralidade e garantida a singularidade dos processos de cuidado individuais e coletivos; oferecer retaguarda assistencial especializada para a rede de serviços na área de práticas integrativas e complementares; funcionar com espaço cultural de divulgação e discussão sobre as PIC no território do Recife; desenvolver protocolos assistenciais e albergar projetos de pesquisa sobre as PIC em parceria com instituições de pesquisa da cidade e do estado de Pernambuco (RECIFE, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar o interesse de formação, conhecimento e uso da acupuntura pelos médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia da Saúde da Família do Recife-PE.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as MAC referidas como primeira opção de formação pelos profissionais da ESF;
- b) Caracterizar os profissionais que indicaram a acupuntura como primeira opção de formação, em relação à ocupação, sexo, idade, religião, local de trabalho e formação;
- c) Caracterizar o conhecimento e uso da acupuntura e relacionar com o interesse em formação em acupuntura.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa.

4.2 Cenário e População

O estudo foi realizado na Rede de Atenção Básica da Cidade do Recife. A capital do Estado de Pernambuco, possui 1.537.704 habitantes e uma superfície territorial de 218,50 Km², dividida em 6 (seis) Regiões Político-Administrativas (RPAs) nas quais estão distribuídos seus 94 bairros. Na Saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS) (RECIFE, 2010).

Subdividida em 6 (seis) DS a Rede Ambulatorial Básica de Saúde do município é composta por Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde) e Unidades de Saúde da Família (USF), que representam a principal porta de entrada do sistema público de saúde. Em 2011, a rede possuía 139 USF, cada uma podendo acomodar de uma a três Equipes de Saúde da Família (RECIFE, 2010).

Cada USF é formada pela Equipe da Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS)) e pela equipe da Saúde Bucal (ESB) (dentista e auxiliar de consultório dentário). Em 2011, a rede de Saúde da Família contava com 251 Equipes de Saúde da Família e 132 Equipes de Saúde Bucal, totalizando 634 profissionais (251 médicos, 251 enfermeiros e 132 dentistas) (RECIFE, 2010).

4.3 Amostra

Foram entrevistados 249 (39,3%) profissionais da Estratégia da Saúde da Família de Recife, dos quais: 90 (36,1%) médicos, 110 (44,2%) enfermeiros e 49 (19,7%) dentistas. Destes, 227 (91%) tinham interesse de formação em MAC.

Dentre os que tinham interesse em formação em MAC, 70 profissionais (22 médicos, 36 enfermeiros e 12 dentistas) da Estratégia da Saúde da Família de Recife elencaram acupuntura como primeira opção de interesse de formação, sendo esta a amostra deste estudo.

Estes profissionais estavam presentes nas Reuniões Administrativas da Atenção Básica dos Distritos Sanitários no momento da coleta e aceitaram participar da pesquisa (amostra não probabilística e por conveniência).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos 6 (seis) Distritos Sanitários de Recife, entre os meses de dezembro de 2010 a agosto de 2011, em visitas às Unidades de Saúde da Família e nas Reuniões de gestão da Atenção Básica, utilizando-se um questionário semi-estruturado elaborado originalmente pelos pesquisadores, com base na literatura sobre MAC e também na PNPIC,

Antes das reuniões, os pesquisadores se identificavam, apresentavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a colaboração dos médicos, enfermeiros e dentistas das Equipes de Saúde da Família. Os que aceitavam participar eram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

O questionário foi construído em 3 (três) partes (Apêndice B): a primeira parte com 6 (seis) questões de identificação do profissional (local de trabalho no SUS, função, sexo, idade, religião ou crença e formação)

A segunda parte com 29 (vinte e nove) questões sobre conhecimento, uso, prescrição e recomendação de 28 MAC em que o profissional deveria assinalar caso a resposta fosse positiva (conhece, usa para si, usa para família, recomenda, prescreve a MAC indicada). A resposta foi considerada negativa quando deixada em branco.

E a terceira parte com 2 (duas) questões abertas sobre o interesse de formação e o interesse de implantação de MAC no SUS municipal. O profissional deveria elencar por ordem de prioridade até 3 MAC de Interesse de formação e até 3 MAC de Interesse de implantação.

O interesse de formação e de implantação foi considerado positivo quando o profissional elencou pelo menos 1 MAC e negativo quando foi assinalada a opção nenhuma ou não houve MAC elencada.

4.5 Categorias de análise (variáveis)

Foram verificadas variáveis sociodemográficas dos profissionais (ocupação, sexo, idade, crença ou religião, local de trabalho e anos de estudo), bem como o conhecimento da e uso da acupuntura (variáveis independentes) e a variável dependente, interesse de formação em acupuntura.

4.6 Plano de análise dos dados

A análise dos dados se deu em caráter descritivo, através das frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas e foi realizada em três etapas. Na primeira etapa foram analisadas as MAC referidas como primeira opção de interesse de formação pelos 227 profissionais que afirmaram querer formação em MAC. Na segunda etapa foi analisado o perfil sociodemográfico dos 70 profissionais que elencaram acupuntura como primeira opção de interesse de formação. Na terceira etapa foram analisados os 227 profissionais com interesse de formação em MAC, em relação ao conhecimento e uso da acupuntura. Os achados foram representados em forma de tabelas.

4.7 Limitações do Estudo

A dinâmica de trabalho dos profissionais da ESF (visitas domiciliares, trabalho em unidades afastadas e/ou de difícil acesso) aliada à alta rotatividade dos profissionais e o momento que o município vivia (greves dos profissionais) e mudanças na gestão, dificultaram a construção de uma amostragem probabilística.

A categoria interesse em formação foi subjetiva, ou seja, o profissional ao responder que tinha interesse em formação não tinha a opção de descrever o tipo de formação desejada (especialização, aprofundamento).

4.8 Considerações éticas

Este estudo integra o projeto “Práticas Integrativas e Complementares e Complementares no SUS: Estudos de casos nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste” financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), tendo sido submetido para aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães parecer de aprovação nº 30/2009.

5 RESULTADOS

5.1 Interesse de formação em MAC

Dos 249 profissionais entrevistados, 227 (91%) tinham interesse em formação em MAC. A acupuntura foi a mais referida como 1ª (primeira) opção de interesse de formação pelos profissionais entrevistados, com um percentual de cerca de 31% (70). Os demais 69% (157) ficaram distribuídos entre outras 25 opções. Apenas a soma dos percentuais de outras 4 (quatro) MAC mais referidas (fitoterapia, homeopatia, yoga e terapia comunitária) se aproximaram do valor obtido pela acupuntura, confirmando sua popularidade entre os profissionais de saúde (Tabela 1).

Tabela 1 - Medicinas Alternativas e Complementares referidas como primeira opção de interesse de formação por profissionais da Estratégia da Saúde da Família, Recife, 2011.

MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR	N	%
Acupuntura	70	30,8
Fitoterapia	29	12,8
Homeopatia	19	8,4
Yoga	17	7,5
Terapia Comunitária	13	5,7
Terapia Floral	11	4,8
Automassagem	9	4,0
Meditação	8	3,5
Plantas Mediciniais	7	3,1
Aromaterapia	7	3,1
Medicina Chinesa	5	2,2
Medicina Popular	5	2,2
Medicina Antroposófica	5	2,2
Reflexologia	3	1,3
Reiki	3	1,3
Shantala	3	1,3
Tai chi chuan	3	1,3
Shiatsu	2	0,9
Medicina Afro-Brasileira	1	0,4
Osteopatia	1	0,4
Prática ou Filosofia de cunho espiritual	1	0,4
Massagem Ayurvédica	1	0,4
Medicina Ayurvédica	1	0,4
Medicina Alternativa	1	0,4
Medicina Oriental	1	0,4
Três quaisquer que não conheço	1	0,4
Total	227	100.0%

Fonte: elaboração própria a partir do Banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Fiocruz-PE 2011.

5.2 Caracterização dos profissionais que indicaram a acupuntura como primeira opção

Observando as características sociodemográficas dos 70 entrevistados que elencaram acupuntura como 1ª opção, verificou-se que 22 profissionais (31,4%) eram médicos; 36 (52,4%) enfermeiros e 12 (17,1%) dentistas. A maioria (77%) era do sexo feminino; estava na faixa etária de 36-45 anos (38,6%); era da religião católica (54,3%); trabalhava exclusivamente na ESF (70%) e possuía alguma especialização (85,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família de Recife que indicaram acupuntura como primeira opção de interesse de formação, Recife, 2011.

Variável	N	%	Variável	N	%
Ocupação			Local de trabalho		
Médicos	22	31,4	ESF	49	70
Enfermeiros	36	51,4	Hospital e ESF	12	17,1
Dentistas	12	17,2	Ambulatório e ESF	3	4,3
Total	70	100	UBS e ESF	6	8,6
			Total	70	100
Sexo			Faixa Etária		
Feminino	54	77,1	26-35 anos	25	35,7
Masculino	16	22,9	36-45 anos	27	38,6
Total	70	100	46-55 anos	11	15,7
			56-65 anos	5	7,1
			Maior que 66 anos	2	2,9
			Total	70	100
Religião/Crença			Formação		
Católica	38	54,4	Apenas Nível Superior	7	10
Protestante	12	17,1	Especialização	60	85,7
Espírita	11	15,7	Mestrado	3	4,3
Judaica	1	1,4	Total	70	100
Nenhuma	4	5,7			
Outra	4	5,7			
Total	70	100			

Fonte: Dados do autor baseados no banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Fiocruz-PE 2011.

5.3 Caracterização do conhecimento e uso da acupuntura e relação com o interesse em formação em acupuntura.

Sobre conhecimento, verificou-se que dos 249 entrevistados 100% conhecia pelo menos 1 (uma) das 28 MAC presentes no questionário. Dentre os 227 profissionais que tinham interesse de formação em alguma MAC, 86% referiram conhecer a acupuntura. Assim, a prática se mostrou bastante conhecida, tanto no grupo dos 70 profissionais que a elencaram como primeira opção de interesse de formação (conhecida por 90%), como no grupo dos 157 profissionais que elencaram outras MAC (conhecida por 84,1%), o que sugere não haver relação direta entre o interesse de formação e conhecimento da acupuntura (Tabela 3).

Tabela 3 – Número de profissionais que tem interesse em formação em acupuntura em relação aos que conhecem acupuntura, Recife, 2011.

	Conhece acupuntura				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Quer formação em acupuntura						
Sim	63	90	7	10	70	100
Não	132	84,1	25	15,9	157	100
Total	195	86	32	14	227	100

Fonte: Dados do autor baseados no banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Fiocruz-PE 2011.

Quanto ao uso das MAC pelos 249 profissionais entrevistados, foi verificado que a maioria fazia uso pessoal ou para família de pelo menos 1 (uma) das 28 MAC presentes no questionário (73% dos profissionais usavam alguma MAC para si e 60% dos profissionais usavam para a família).

Quando observado o uso da acupuntura para si pelos 227 profissionais que afirmaram ter interesse de formação em alguma MAC, ocorreu uma diminuição do percentual do uso para 21,6%. Dos 70 profissionais que elencaram acupuntura como primeira opção para formação, 21,4% usava acupuntura para si e entre os 157 profissionais que elencaram outras MAC, 21,7% usava acupuntura para si, de maneira que parece não haver relação direta entre interesse de formação em acupuntura e o uso da prática para si (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de profissionais que tem interesse em formação em acupuntura em relação aos que usam acupuntura para si, Recife, 2011.

	Usa acupuntura para si				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Quer formação em acupuntura						
Sim	15	21,4	55	78,6	70	100
Não	34	21,7	123	78,3	157	100
Total	49	21,60	178	78,40	227	100

Fonte: Dados do autor baseados no banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Fiocruz-PE 2011

Quando observado o uso da acupuntura para família pelos 227 profissionais que afirmaram ter interesse de formação em alguma MAC, o percentual foi de 12,8%.

Dos 70 profissionais que elencaram acupuntura como primeira opção para formação, 14,3% usava acupuntura para família e entre os 157 profissionais que elencaram outras MAC, 12,1% usava acupuntura para família, de maneira que parece não haver relação direta entre interesse de formação em acupuntura e o uso da prática para família (Tabela 5)

Tabela 5 - Número de profissionais que tem interesse em formação em acupuntura em relação aos que usam acupuntura para a família, Recife, 2011.

	Usa acupuntura para a família				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Quer formação em acupuntura						
Sim	10	14,3	60	85,7	70	100
Não	19	12,1	138	87,9	157	100
Total	29	12,8	198	87,2	227	100

Fonte: Dados do autor baseados no banco de dados do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Fiocruz-PE 2011

6 DISCUSSÃO

A predominância de profissionais do sexo feminino, faixa etária jovem (26-45 anos), e com pelo menos uma especialização verificada neste estudo, se assemelhou ao que foi encontrado em outros trabalhos que procuraram analisar características sociodemográficas dos profissionais da Atenção Básica (THIAGO; TESSER, 2010; TOMASI, et al., 2008; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

A religião/crença dos profissionais da ESF, quando comparada com a da população geral do município de Recife, se mostrou semelhante em relação à religião Católica e a Protestante. Contudo, a terceira opção mais referida pelos entrevistados (Espírita) aparece como quarta opção mais referida pela população de Recife, depois da opção sem religião (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Quanto ao local de trabalho, mesmo diante do que foi estabelecido pela Portaria nº 134, de 4 de abril de 2011, 30% dos profissionais dos entrevistados afirmaram trabalhar em outros locais além da ESF. A referida Portaria que diz que fica proibido o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de profissionais de saúde em mais de 2 (dois) cargos ou empregos públicos, e que para o profissional pertencente à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fica vedado seu cadastramento em mais de 01 (uma) equipe da ESF. E ainda afirma que para o cadastramento deste profissional em mais de 03 (três) estabelecimentos de saúde, independentemente da sua natureza, deverá haver justificativa e autorização prévia do gestor municipal, estadual ou do DF em campos específicos do SCNES (BRASIL, 2011).

Como o presente estudo, outros trabalhos também mostraram que acadêmicos e profissionais de saúde têm conhecimento sobre MAC (AKYAMMA, 2004; BRESCIA, 2004; FIÚZA et al., 2011; GONÇALVES et al., 2008; THIAGO; TESSER, 2010; TROVO et al., 2003). No entanto, cabe ressaltar que as metodologias utilizadas por estes estudos para indagar sobre conhecimento foram distintas deste estudo. Esse conhecimento pode ser resultado do crescimento da demanda por MAC nos serviços de saúde, pela sua legitimação, mesmo que não acadêmica, e reconhecimento de sua utilidade terapêutica atual (GONÇALVES, 2008).

Trovo et al. (2003), verificaram, no ano de 2000, que dentre 178 acadêmicos de enfermagem de duas Universidades, cerca 90% conheciam alguma MAC sendo acupuntura a segunda mais referida com 58%. Em 2004, estudo realizado com 190 médicos do Hospital de

Pediatria Pedro de Elizalde em Buenos Aires indicou que 42% dos entrevistados tinha conhecimento em MAC. A acupuntura era conhecida por 32% dos entrevistados (BRESCIA, 2004). Akyamma (2004), também estudando 365 médicos do município de São Paulo regularmente inscritos no Conselho Regional de Medicina de São Paulo, verificou que somente a acupuntura, a homeopatia e as terapias em grupo, eram as MAC em que mais de 10% dos médicos referiram bastante conhecimento (respectivamente 15%; 13 %, 13%). 91% concordaram que é importante o médico ter algum conhecimento em MAC

Estudo com 56 profissionais de nível superior (médicos enfermeiros, dentistas, fisioterapeuta psicólogo) das UBS de Juiz de Fora-MG em 2007, apontou que há um relativo conhecimento declarado pelos profissionais acerca das MAC (GONÇALVES et al., 2008). Em 2008, pesquisa realizada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo em 2008, com 176 médicos residentes evidenciou que 100% dos entrevistados conheciam algum tipo de MAC e que 81% consideraram seu conhecimento insuficiente para prescrever e orientar os pacientes acerca dos riscos e benefícios das diversas MAC. Cerca de 75% afirmaram sentir necessidade de obter maior conhecimento sobre o tema (FIÚZA et al., 2011). Pesquisa exploratória realizado em 2010 com acadêmicos de 2 (duas) faculdades de odontologia (1 (uma) pública e outra privada) no interior e São Paulo, obteve que 40% dos estudantes da universidade pública conhecia alguma MAC, enquanto que na instituição privada este percentual chegou a 78% (GONÇALO et al., 2011).

Se opondo ao resultado encontrado neste estudo, a pesquisa exploratória de Thiago e Tesser (2010) realizada com 177 médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família de Florianópolis, verificou grande parte dos profissionais afirmou não conhecer ou conhecer pouco sobre as MAC, especialmente sobre a medicina antroposófica, aiurveda e a tradicional chinesa e parte considerou grau moderado de conhecimento para a homeopatia e para a acupuntura, e maior desconhecimento da fitoterapia e das plantas medicinais (THIAGO; TESSER, 2010).

Sobre o interesse em obter formação em MAC pelos profissionais da ESF de Recife, este foi significativo, tanto no que se refere às MAC em geral, quanto no que se refere à acupuntura. Resultados similares foram observados em outros estudos no quais o interesse em formação também foi positivo (AKYAMMA, 2004; BRESCIA, 2004; GONÇALO, et al., 2011; GONÇALVES et al., 2008; SAWNI; THOMAS, 2007; THIAGO; TESSER, 2010) mostrando assim, a necessidade de que o ensino universitário inclua nos currículos dos

cursos de saúde modos ampliados de cuidado e que este pode ser um dos principais meios para a legitimação das MAC (GONÇALO et al., 2011).

No estudo de Akyamma (2004), mais de 60% dos médicos entrevistados acharam importante receber formação em MAC, inclusive durante a graduação em Medicina (AKYAMMA, 2004). Brescia (2004), verificou que 40% dos médicos entrevistados em sua pesquisa consideraram que as MAC devem ser ensinadas nas escolas Medicina. Sawni e Thomas (2007) constataram que de 648 médicos, 84% gostariam de ter formação em MAC e que 90% afirmaram que MAC deveriam ser ensinadas durante o curso médico.

Gonçalo et al. (2011) verificaram que 63% dos estudantes de uma faculdade pública e 89% da instituição privada afirmaram ser importante o ensino de MAC na graduação. Na pesquisa de Gonçalves et al. (2008), a maior parte dos profissionais considerava ser necessário o ensino das práticas médicas não-convencionais por meio de disciplinas opcionais durante a graduação. O trabalho de Thiago e Tesser (2010) teve concordância com o estudo. 60% dos entrevistados tinham interesse em participar de uma capacitação ou de realizar uma especialização/formação na área. Não houve indagação sobre qual MAC seria a prática de maior interesse. Todos os profissionais concordaram que as MAC deveriam ser abordadas nos cursos da área da saúde.

Quanto ao uso de MAC por profissionais de saúde a literatura mostrou que apesar de profissionais utilizarem algumas MAC para si e para família o percentual é relativamente pequeno (CORBIN; SAPHIRO, 2002; SAWNI; THOMAS, 2007; TROVO, et al., 2003;), diferente deste estudo no qual 73% da amostra usa alguma MAC para si e 60% para a família. Em relação ao uso da acupuntura os estudos se assemelharam, com os percentuais pequenos encontrados neste trabalho.

Quando questionados se faziam uso de MAC, 61% dos entrevistados de Trovo et al (2003) referiram não as utilizarem. A acupuntura era a 4ª (quarta) prática mais utilizada com um percentual de 14,5%. Pesquisa realizada nos Estados Unidos em 2002, onde foram entrevistados 276 médicos, revelou que cerca de 24% tinha histórico de uso pessoal de alguma prática; 10% usavam acupuntura para si (CORBIN, SAPHIRO, 2002). Na pesquisa de Brescia (2004) 13,2% afirmaram fazer uso pessoal de MAC. 5,3% utilizavam a acupuntura. Os 49% dos médicos entrevistados por Sawni e Thomas (2007) usava MAC.

Estes resultados pressupõem que outros fatores além das experiências pessoais podem estar envolvidos na escolha desta prática para a vida profissional dos entrevistados.

Características marcantes da biomedicina como se alto custo, a organização hospitalocêntrica, as dificuldades da relação médico-paciente, têm gerado críticas e estimulado a busca de outras formas de lidar com a saúde e a doença (LUZ, M.; 2005). Além disso, a maneira como se preconiza o cuidado na ABS/ESF, com a análise dos sujeitos em seus contextos sociais e familiares; com as abordagens ampliadas e holísticas, com incentivo à participação ativa dos usuários, por exemplo, pode estimular o interesse de formação em acupuntura pelos profissionais entrevistados (TESSER; SOUSA, 2012).

Existem poucos estudos acerca do interesse em formação em acupuntura pelos profissionais da Atenção Básica de Recife, assim pesquisas de natureza qualitativa poderiam investigar e aprofundar quais as motivações levam os profissionais da ESF a quererem formação em acupuntura.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a maioria dos profissionais entrevistados na Estratégia da Saúde da Família de Recife tinha interesse em formação, conhecia e fazia uso de Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) para si e para família.

Em relação à acupuntura, verificou-se que esta foi a mais referida como interesse de formação pelos profissionais entrevistados; era bastante conhecida pelos profissionais com interesse de formação em MAC (tanto pelos que a elencaram como primeira opção de formação, como pelos que elencaram outras MAC). Contudo, não era muito utilizada enquanto experiência pessoal (para si e para a família) pelos os profissionais com interesse de formação em MAC (tanto pelos que elencaram esta prática como primeira opção de formação, como pelos que elencaram outras MAC).

Assim, a natureza descritiva e quantitativa desta pesquisa permitiu observar que embora a acupuntura seja muito conhecida e tenha sido a opção mais referida como interesse de formação pelos profissionais entrevistados, ela é pouco utilizada do ponto de vista pessoal pelos profissionais da ESF de Recife entrevistados.

Estudos qualitativos poderiam elucidar por que a acupuntura foi a primeira opção de formação dos profissionais entrevistados.

REFERÊNCIAS

- AKYAMA, K. **Práticas não-convencionais em medicina no município de São Paulo**. 2004. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ANDRADE J. A., et al. Acupuntura: prática e riscos. **Ciência Hoje**, São Paulo, v. 36, n. 215, p. 72 - 75, 2005.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, set. 2010.
- AZEVEDO, E.; . PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, nov.2011/fev.2012
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde e doença: a quem serve o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 67 – 84, 2002.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 1549 de 24 de julho de 2003**. Disciplina o exercício profissional de Acupuntura e determina outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=6F632BEBDB6743F93C432F6776D58A38.node2?codteor=150115&filename=PL+1549/2003>. Acesso em: 20 nov. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de Maio de 2006**. Brasília, 2006b. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2012.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 134, de 4 de abril de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: □http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0134_04_04_2011.html □. Acesso em: 12 mai. 2013.

BRESCIA, S. M.. Actitud y opinión de los pediatras ante las medicinas alternativas. **Archivos Argentinos de Pediatría**, Buenos Aires, v. 102, n. 2, abr. 2004.

BRUDIS, F. **Medicina China Tradicional**, Buenos Aires: Ágama, 2004.

CARVALHO, G. S. et al. **O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco**. 2008. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7640>>. Acesso em novembro 2012.

CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.14, n.32, p.139-154, jan./mar. 2010.

CORBIN, W. L., SAPHIRO, H. Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 162, n.10, p 1176-1781, 2002.

DALLEGRAVE, D. et al. Acupuntura e Atenção Primária à Saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v.6, n.21, p. 249-256, out./dez. 2011.

FIORE, M. L. M.; YAZIGI, L. Especialidades médicas: estudo psicossocial. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p 200-206, ago., 2005.

FIÚZA, A. R. et al. O conhecimento da Medicina Alternativa e Complementar e sua importância para o trabalho médico. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Org). **O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções**. São Paulo: Hucitec, 2011. p.128-137.

FRÓIO, L. R. **A expansão da Medicina Tradicional Chinesa: uma análise da vertente cultural das Relações Internacionais**, 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

GIRARDI, S. N.; SEIXAS, P. H. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. **Formação**, Brasília, n. 5, p. 29-43, mai. 2002.

GONÇALO, C. S., et al. O ensino das práticas alternativas e complementares na graduação em odontologia. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Org). **O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções**. São Paulo: Hucitec, 2011. P. 153-167.

GONÇALVES, R. P., et al. Profissionais da área de Saúde Pública: atitudes, conhecimentos experiências em relação a práticas médicas não-convencionas. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 398-405, out./dez. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: □ <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/> □. Acesso em 13 Junho de 2013.

IORIO, R. C. et al. Acupuntura no Currículo Médico: Visão de Estudantes de Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 223-233 set./dez. 2004.

IORIO, R. C. et al. Acupuntura: Motivações de Médicos para a Procura de Especialização. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 247-254 jun. 2010.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 48-70, mar./jun. 2001.

KUREBAYASHI, L. F. S.; FREITAS, G. F. **Acupuntura Multiprofissional: Dilemas ético-legais**. 2008. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/59537929/acupuntura-multiprofissional-2008.>>. Acesso em: 15 out. 2012.

KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Acupuntura na Enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.2, p. 210-212, 2009.

LIN, C. A. et al. Acupuntura: prática baseada em evidências. **Revista de medicina**, São Paulo, v. 87, n. 3, p. 162-165, jul./set. 2008.

LUZ, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2012. p.103-152.

LUZ, M. T. **Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005.

LUZ, M. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F. (Org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ,IMS, 2012.p.15-24.

NASCIMENTO, M. C. Da panacéia mística a especialidade médica: a acupuntura na visão da imprensa escrita. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.1, p. 99-113, 1998.

NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO., K. R. J. A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-861, jul./set. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005**. Geneva, 2005.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A. Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2009.

OTANI, M. A. P., BARROS, N. F. O ensino da medicina integrativa em escolas médicas: uma análise documental. In: BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. (Org.). **O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 45-62.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. As Práticas Integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 75-80, 2009.

PEREIRA, C. F. A. Acupuntura no SUS: uma Análise sobre o Conhecimento e Utilização em Tangará da Serra-MT. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 3, n. 2, p. 213-219, mai./ago. 2010.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Portaria nº 122 de 6 de Julho de 2012. Cria a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da Prefeitura do Recife**, Poder Executivo, Recife, PE, 13 set. 2012. Disponível em: <www.recife.pe.gov.br/diariooficial/exibemateria.php?cedicacodi=108&aedicaano=2012&ccadercodi=2&csecaocodi=51&cmatercodi=1&QP=integrativas&TP=>>. Acesso em: 12 de nov. de 2012.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>>. Acesso em 12 set. de 2012.

SANTOS, F. A. S. et al. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. **Revista brasileira de fisioterapia**, São Carlos, v.13, n.4, p. 330-334, 2009.

SANTOS, F. A. S. **Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SANTOS, F. A. S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v.45, n.6, p. 1154-1159, 2011.

SAWNI, A.; THOMAS, R. Pediatricians attitudes, experience and referral patterns regarding complementary/alternative medicine: a national survey. **BMC complementary and alternative medicine**, Londres, v.7, n.1, p.18-25, 2007.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE, 1., 2009, BRASÍLIA. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

SCOGNAMILLO-SZABO, M. V. R.; BECHARA, G. H. Acupuntura: bases científicas e aplicações. **Ciência rural**, Santa Maria, v. 31, n. 6, p. 1091-1099, dez. 2001.

SILVA, J. A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 255-266, 2005.

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

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1325-1335, set./out. 2009.

SOUZA, E. F. A. A. **Nutrindo a vitalidade**: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural. 2008. Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=557>. Acesso em: 15 jan. 2013.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, jun. 2012 .

THIAGO, S. C.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, abr. 2010.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. 193-201, 2008.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.2, p. 274-279, 2010.

TROVO, M. M. et al. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4; p. 483-489, jul./ago. 2003.

XIMENES NETO, F. R. G.; MARTINI, J. G. Acupuntura como especialidade e suas implicações para o exercício multiprofissional no Brasil: um debate aberto. **Biblioteca Lascasas**, Granada, v.5, n.5, 2009. Disponível em < <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0486.pdf>>. Acesso em 01 de jul.de 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Prezado(a) Senhor (a),

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

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

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

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

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

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

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

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

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS



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

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS

I - IDENTIFICAÇÃO

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

ESF	Hospital	Ambulatório	UBS
1	2	3	4

2 – Função:

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

3- Idade

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

4 - Sexo:

Feminino	Masculino
1	2

5 - Religião/Crença:

Católica	Protestante	Espírita	Judaica	Islâmica	Nenhuma	Outra
1	2	3	4	5	6	7
Qual (7):						

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

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

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

10.1 Acupuntura

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

10.2 Aromaterapia

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

10.3 Automassagem e ou do - in

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

10.4 Fitoterapia

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

10.5 Homeopatia

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

10.6 Liang Gong

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

10.7 Massagem ayurvédica

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

10.8 Medicina antroposófica

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

10.9 Medicina ayurvédica

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

10.10 Medicina afro - brasileira

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

10.11 Medicina chinesa

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

10.12 Medicina indígena

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

10.13 Medicina popular

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

10.14 Meditação

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

10.15 Osteopatia

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

10.16 Plantas medicinais (chás, lambedor, banhos)

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

10.17 Reflexologia / reflexoterapia dos pés

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

10.18 Reiki

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

10.19 Shantala

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

10.20 Shiatsu

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

10.21 Tai chi chuan

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

10.22 Terapia comunitária

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

10.23 Terapia floral

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

10.24 Termalismo social - crenoterapia

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

10.25 Tui - ná

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

10.26 Yoga

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

10.27 Outras práticas corporais

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

Qual:

10.28 Prática ou filosofia de cunho espiritual

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

10.29 Outros (prática, técnica, terapia):

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

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

1º: _____

2º: _____

3º: _____

() nenhuma

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

1º: _____

2º: _____

3º: _____

() nenhuma

Obrigada por sua colaboração!