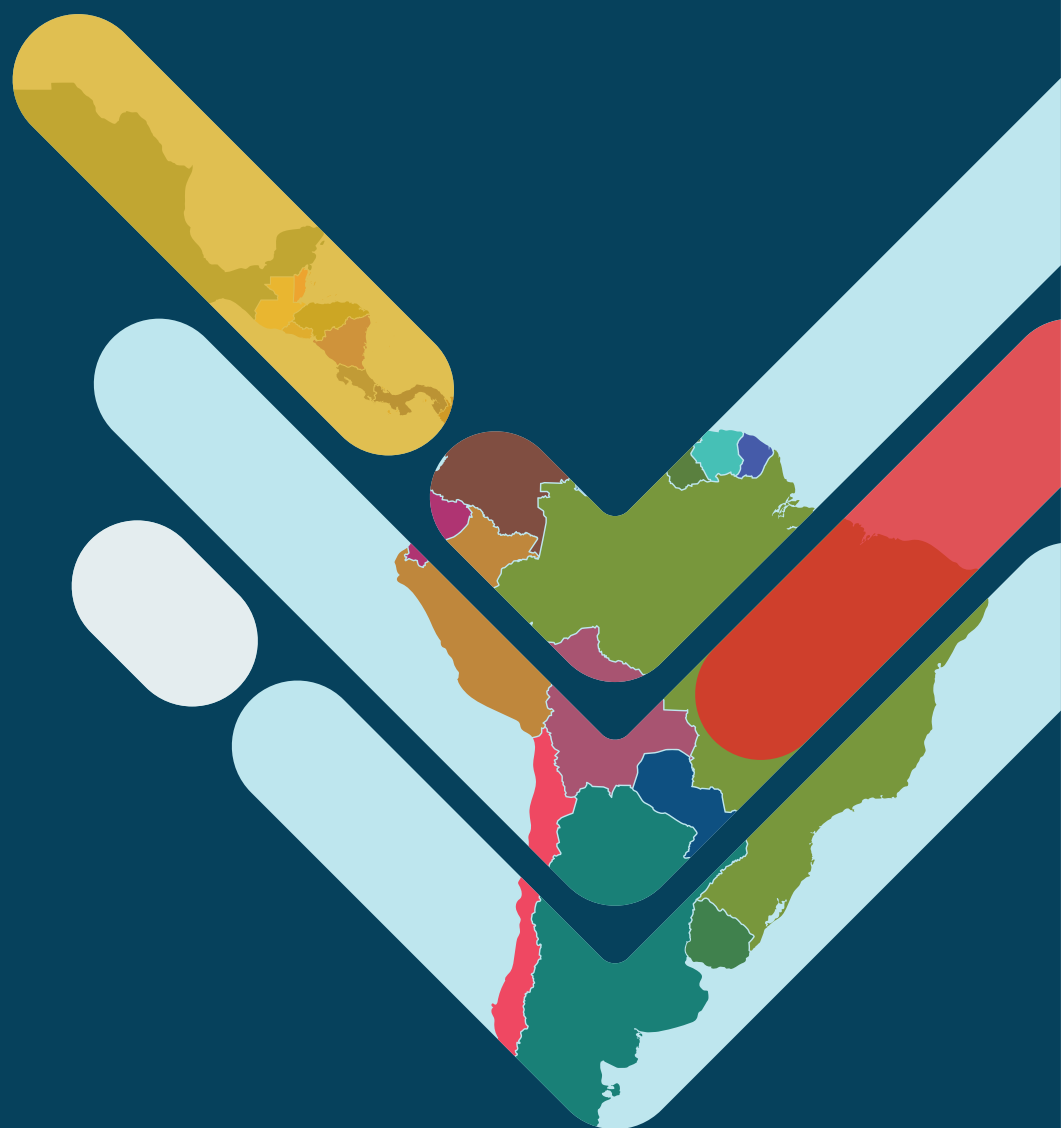


Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas

*Experiencias y reflexiones sobre
medicinas tradicionales,
complementarias e integradoras en los
sistemas de salud de las Américas*



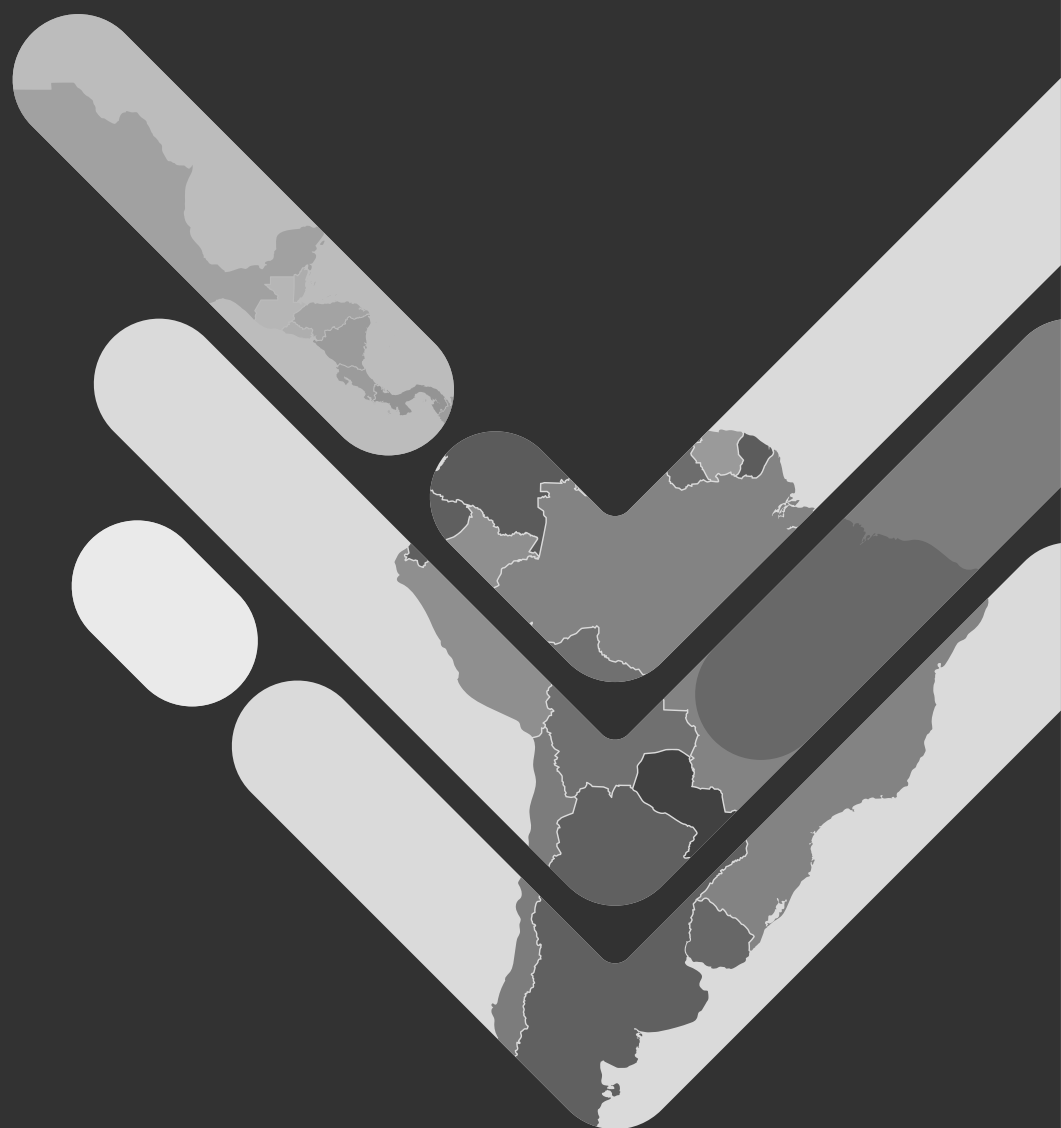
*Organização
Organización*

Islândia Carvalho Sousa
Maria Beatriz Guimarães
Daniel F. Gallego-Perez



Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas

*Experiencias y reflexiones sobre
medicinas tradicionales,
complementarias e integradoras en los
sistemas de salud de las Américas*



*Organização
Organización*

Islândia Carvalho Sousa
Maria Beatriz Guimarães
Daniel F. Gallego-Perez

Recife
Fiocruz - PE
2021



Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

E96 Experiências e reflexões sobre medicinas tradicionais, complementares e integrativas em sistemas de saúde nas Américas =
Experiencias y reflexiones sobre medicinas tradicionales,
complementarias e integradoras en los sistemas de salud
de las Américas / Organização Islândia Carvalho Sousa,
Maria Beatriz Guimarães, Daniel F. Gallego-Perez. - Recife:
Fiocruz-PE; ObservaPICS, 2021.

1 recurso online (192 p.) : PDF.

ISBN 978-65-88180-12-9 (online).

Textos em português e espanhol.

1. Medicina tradicional. 2. Terapias complementares. 3. Sistemas de saúde. 4. América. I. Sousa, Islândia Carvalho. II. Guimarães, Maria Beatriz. III. Gallego-Perez, Daniel F. IV. Título.

CDU 615.8

Ficha técnica

Coordenação Geral: Islândia Carvalho Sousa

Capa e diagramação: Bruno Flávio Espíndola Leite

Revisão do conteúdo: Maria Beatriz Guimarães

Revisão ortográfica: Clenir Loureiro

Tradução da introdução: Natalia Sofia Aldana

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra, em parte ou em sua totalidade. Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial.

Sobre os autores

Sobre los autores

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Nutricionista sanitaria e doutora em saúde pública. Líder do Grupo de Pesquisa Economia Política da Saúde (UFPE/CNPq), integrante do grupo Saberes e Práticas em Saúde (Fiocruz) e do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais Complementares e Integrativas em Saúde. Desenvolve pesquisas na área das práticas integrativas e complementares, economia da saúde e política, planejamento e gestão. Coordena e realiza pesquisas de campo em diversas regiões do país e em parceria internacional. É professora e pesquisadora na Universidade Federal de Pernambuco.

Adriana Macchi

Médica da Clínica Pediátrica do Hospital J. P. Garrahan. Curso de Pós-Graduação em Medicina Ayurveda, Faculdade de Medicina UBA. Curso de Pós-Graduação: "Fitofármacos no Cotidiano" da Faculdade de Medicina - UBA. Curso Superior em "Alimentos Naturais e Suplementos Nutricionais, Association of Naturopathic Doctors. Fundador e primeiro coordenador do Grupo de Trabalho de Medicina Integrativa do Hospital Garrahan (Buenos Aires, Argentina).

Amanda Asunción Lovera Arellano

Investigadora en el área de Salud intercultural, Medicina Tradicional, Medicina Alternativa y Complementaria, plantas medicinales, con experiencia en docencia, calidad, control de calidad de medicamentos y normatividad; Experiencia en investigación, salud pública, sistemas de gestión de calidad y Auditora Interna. Presidenta de la Comisión de Medicina Tradicional y Terapias Complementarias del CQFP y CQFDL. Magister en salud publica en FIOCRUZ -Brasil, pasantía en Medicina Tradicional en KIOM-Corea del Sur. Laboro en el Instituto Nacional de Salud. Docente del curso de Medicina Tradicional y Complementaria de la Universidad Científica del Sur.

Ana Júlia Garcia Milián

Médica especialista en Farmacología. Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Economía de la Salud. Profesora e Investigadora Titular. Corporación de Salud del Maresma y la Selva. Blanes, España.

Ana Karelia Ruiz Salvador

Médica especialista en Farmacología, máster en Medicina Bioenergética y Natural en la Atención Primaria de Salud, profesora auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Profesora Principal de Farmacología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Miembro de la junta de gobierno de la Sociedad Cubana de Farmacología. (La Habana, CUBA).

Camila Pimentel

Cientista Social e doutora em sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. É pesquisadora adjunta e docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Fiocruz Pernambuco. Atualmente integra a Rede Zika e Ciências Sociais e o Grupo de Pesquisa Narrativas do Nascer. Membro titular da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Seus principais interesses de pesquisa envolvem temáticas na área de ciências sociais da saúde, com ênfase em Gênero e Saúde, Humanização do parto, Impactos sociais das epidemias e Estudos Pós-coloniais.

Camilla Maria Ferreira de Aquino

Formada em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com especialização em Gestão em Saúde pela Uninassau e mestre em Saúde Coletiva pela UFPE. Atua como professora do Departamento de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), campus Abreu e Lima, com experiência na gestão da rede hospitalar do estado de Pernambuco. É integrante do Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde e desenvolve pesquisas na área de Economia da Saúde, Avaliação de Serviços e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Charles Dalcanele Tesser

Médico com residência em medicina preventiva e social, curso de especialização em homeopatia, mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, pós-doutorado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Trabalhou na atenção primária à saúde (APS) em zona rural e na Saúde da Família em periferias urbanas. Professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tem experiência de trabalho e ensino/pesquisa/extensão com medicinas alternativas e complementares, prática médica, educação permanente e organização de serviços na APS.

Claudia Iachino

Médica (Universidade de Buenos Aires, Argentina). Especialista em Pediatria. Médica Assistente do Hospital Pediátrico Garrahan. Membro do Grupo de Medicina Integrativa do Hospital Garrahan.

Cristiane Spadacio

Graduação em Ciências Sociais e mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Pós-doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública, USP, SP. Realizou parte do doutorado na Inglaterra - Royal Holloway, University of London. Desenvolve ensino e pesquisa na área de Saúde Coletiva, Políticas de Saúde, Prevenção e Promoção da Saúde. Atua como docente em cursos de Medicina, na perspectiva de Aprendizagem Baseada em Problemas; Metodologias ativas de ensino-aprendizagem; Estratégias de avaliação formativa. Trabalha com Integração Ensino-Serviço-Comunidade e Aprendizagem Baseada na Comunidade.

Daniel F. Gallego Pérez

Médico com especialização em terapias alternativas e candidato ao Doutorado em Saúde Pública na Universidade de Boston. Seu trabalho se concentra principalmente na interseção da medicina tradicional, complementar e integrativa (MTCI) e a saúde pública. Participou do desenho e implementação de um projeto piloto para desenvolver serviços de medicina complementar em hospitais públicos de Bogotá, Colômbia, entre 2009 e 2013. Foi consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (2016-2018) e membro fundador da Rede MTCI Américas. Foi membro da Secretaria Executiva da Biblioteca Virtual em Saúde do TCIM, onde atualmente atua como assessor. É o atual presidente da Seção de Práticas Integrativas, Complementares e Tradicionais de Saúde (ICTHP) da American Public Health Association (APHA).

Evelyn Anie González Pla

Médica especialista em Medicina Natural y Tradicional, máster en Medicina Bioenergética y Natural en la atención primaria de salud, profesora e investigadora auxiliar del Instituto de Gastroenterología. Presidente de la Sociedad Cubana de Medicina Bioenergética y Naturalista. (La Habana, CUBA).

Fernanda Elizabeth Sena Barbosa

Formada em enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco, sanitarista pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (Fiocruz/PE), mestre em Saúde Coletiva (UFPE), formação em terapia ayurveda, terapia floral, auriculoterapia e reiki. É integrante do Grupo de Pesquisas Saberes e Práticas em Saúde (Fiocruz/PE) e desenvolve pesquisas nas áreas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Atenção Primária à Saúde. Atuou na gestão municipal da Atenção Primária à Saúde da cidade do Recife/PE. Atualmente integra a gestão federal da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).

Islândia Carvalho Sousa

Enfermeira sanitarista e doutora em saúde pública. Coordena o grupo Saberes e Práticas em Saúde, é vice líder do Grupo de Economia Política da Saúde e Coordenadora Executiva do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais Complementares e Integrativas em Saúde. Desenvolve pesquisas na área das racionalidades médicas, práticas integrativas e complementares, saúde indígena e economia da saúde. Coordenou e realizou pesquisas de campo em diversas regiões do país, mas atualmente concentra suas atividades no Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Pernambuco. É professora e pesquisadora no Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz).

Johann Perdomo Delgado

Médico especialista en Medicina Natural y Tradicional, máster en Medicina Bioenergética y Natural en la atención primaria de salud, profesor e investigador auxiliar. Jefe del Departamento y del Grupo Nacional de Medicina Natural y Tradicional del Ministerio de Salud Pública. (La Habana, CUBA).

Johanna Marcela Romero Mendoza

Médica Cirujana de la Universidad Nacional de Colombia, Magister en Medicina Alternativa con énfasis en Homeopatía. Tiene experiencia en proyectos de investigación en medicina alternativa, comple-

mentaria, e integrativa, em saúde coletiva, em atenção em saúde desde atenção primária em saúde.

Luisa Fernanda Benítez

Médica y Cirujana, docente universitaria, especialista en epidemiología, Magíster en Medicina Alternativa con énfasis en homeopatía, investigadora grupo Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Militar Nueva Granada (UMNG), Coordinadora línea de profundización Medicina Alternativa UMNG.

Madel T. Luz

Graduada em Filosofia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, mestre em Sociologia - Université Catholique de Louvain e doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo. Professora titular aposentada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atuou como Professora adjunta da Universidade de Paris VIII; professora colaboradora da Universidade Aberta do Porto, Portugal, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Tem experiência na área de Sociologia da Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando nos seguintes temas: racionalidades médicas, práticas integrativas e complementares em saúde, corpo e práticas de saúde, instituições de saúde, regime de trabalho, produção científica e saúde, biociências e cultura.

Marcelo Viana da Costa

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Doutorado Sanduíche no Centro para Inovação em Educação Interprofissional, na Universidade da Califórnia, San Francisco, EUA. Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. Atua como docente da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN. Professor do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, da UFRN. Professor do Programa de Pós Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da UFRN. Coordenador da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) e Membro de Educação Interprofissional em Saúde das Américas (REIP), coordenado por Argentina, Brasil e Chile. Estuda e pesquisa sobre educação e trabalho interprofissional em saúde.

Maria Beatriz Guimarães

Graduada e mestre em Ciências Sociais (IFCS/UFRJ), doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), com pós-doutorado no Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra/Portugal. É membro dos grupos de pesquisa Economia Política da Saúde e Núcleo sobre Epistemologias do Sul Global, ambos da UFPE, e integrante do grupo Saberes e Práticas em Saúde (Fiocruz). Desenvolve pesquisas nos seguintes temas: Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas/Práticas Integrativas e Complementares, educação popular, terapia comunitária, redes de apoio social, teorias poscoloniais e descoloniais no campo da saúde coletiva. É professora associada e pesquisadora da Universidade Federal de Pernambuco.

Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral

Fisioterapeuta pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sanitarista pela Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (Fiocruz/PE), especialista em Gestão e Auditoria em Saúde (Uninter) e mestre em Saúde Coletiva (UFPE). É integrante do Grupo de Pesquisas Saberes e Práticas em Saúde (Fiocruz/PE) e desenvolve pesquisas nas áreas de Avaliação de Serviços e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Atuou como professora substituta em Práticas Integrativas e Complementares na UFPE/Campus de Vitória de Santo Antão e atualmente é Secretária Executiva do Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS).

Marilene Cabral do Nascimento

Cientista social e doutora em Saúde Coletiva. Desenvolve pesquisas no tema de racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares, medicalização social e atenção primária em saúde. Coordena o Grupo Temático de Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT ABRASCO RM-PIC). É professora e pesquisadora no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF).

Marisa Gaioli

Médica (Universidade de Buenos Aires, Argentina). Especialista em Pediatria e em Saúde e Meio Ambiente. Pediatra do ambulatório e clínica da equipe de Transplante Cardíaco do Hospital Pediátrico Garrahan. Secretário do Comitê de Saúde Infantil e Meio Ambiente da Sociedade Argentina de Pediatria. Artigos em revistas científicas pediátricas e autora do livro O ambiente onde as crianças crescem, Editorial Fundación Garrahan.

Martha Villar López

Médica especialista em medicina interna, estudios de maestría en salud pública y estudios de doctorado en ciencia de la salud, docente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, fundadora de la Gerencia de Medicina Complementaria del Seguro Social de Salud, Primera Directora del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Medicina Tradicional y Complementaria para las Américas, presidenta del Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria del Colegio Médico del Perú. Editora en jefe de la Revista Peruana de Medicina Integrativa. Coordinadora del Comité de Expertos en Plantas Medicinales de la Organización Panamericana de la Salud- OPS/OMS- Perú. Investigadora en el área de medicina tradicional y complementaria y en plantas medicinales en Perú.

Natalia Sofía Aldana

Médica y cirujana de la Universidad Industrial de Santander-UIS, Especialista en Terapias Alternativas de la Universidad Manuela Beltrán-UMB, y Magister de Medicina Alternativa con énfasis en Homeopatía de la Universidad Nacional de Colombia. Trabaja como docente de programas de posgrado en las áreas de Medicina Tradicional China, Homeopatía, e Investigación en Medicinas Complementarias, ha trabajado en proyectos de investigación, y gestión de proyectos, tanto en intervención clínica como en salud pública, incluyendo formación a profesionales de salud en atención primaria en salud. Ha dedicado parte de su trabajo a promover espacios de articulación e implementación de las MTCl en la academia, y en sistemas de salud. Ha trabajado en zonas rurales, brindando atención médica y en proyectos de medicina tradicional indígena e integración de medicina alternativa. Tiene experiencia como investigadora en el área de Medicina Complementaria e Integrativa. Es la editora general de la BVS MTCl Américas, y hace parte del colectivo Red MTCl Américas.

Nelson Filice de Barros

Professor Livre-docente da Área de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde e coordenador do Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (LAPACIS), do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Graduado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, especializado em Sociologia da Saúde no DSC/FCM/Unicamp, onde também obteve os títulos de Mestre, Doutor e Livre-Docente. Realizou pós-doutorado na Universidade de Leeds/UK (2006-2007) e

Estágio Sênior na Universidade de Londres/UK. Secretário/Tesoureiro do Research Committee 15 Sociology of Health/ International Sociological Association. Integrante da Diretoria do Consórcio Acadêmico Brasileiro para Saúde Integrativa (Ministério da Saúde do Brasil/BIREME/OPAS/OMS). Desenvolve pesquisa em Estudos Culturais em Saúde; Sociologia da Saúde; Sociologia das Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde; Métodos e Técnicas de Pesquisa Qualitativa; Ensino das Ciências Sociais na Área da Saúde.

Paulo Cáceres Guido

Farmacêutico (Universidade de Buenos Aires, Argentina) Especialista em Farmácia Hospitalar (Ministério da Saúde, Argentina). Ex-presidente da Sociedade Latino-Americana de Pesquisa Pediátrica (SLAIP). Fundador e Chefe da Unidade de Farmacocinética Clínica do Hospital Pediátrico Garrahan. Fundador e ex-Coordenador do Grupo de Medicina Integrativa, Hospital Garrahan. Ex-professor de Farmacobotânica (UBA). Professor-Pesquisador de Farmacologia da UBA e da Universidade Maimonides. Membro da Secretaria Executiva da BVS MTCl, BIREME-OPS/OMS. Professor visitante em várias sociedades científicas e universidades. Autor de mais de 250 artigos científicos, incluindo manuscritos originais, capítulos de livros e artigos de conferências.

Renê Duarte

Graduado em Farmácia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Ceará e Doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Realizou Estágio Pós-doutoral em Saúde Pública (IAM-FIOCRUZ/PE) no grupo de Saberes e Práticas em Saúde. Atualmente é Professor Associado III do Núcleo de Saúde Coletiva- Universidade Federal de Pernambuco (Campus de Vitória de Santo Antão). Ministra aula nas áreas de farmacologia e Práticas Integrativas e Complementares, com enfoque em Fitoterapia. Coordena o Programa Farmácia Viva: Cultivando Saúde no Centro Acadêmico de Vitória - CAV/UFPE e coordenou o início do processo para a Implantação da Assistência Farmacêutica em Fitoterapia no Município da Vitória de Santo Antão. Atua com pesquisa em etnobotânica, fitoterapia na atenção primária à saúde e medicinas tradicionais, raízes e indígenas.

Vítor Pereira Jordão

Psicólogo formado pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduado em Análise do Com-

portamento Aplicada (ABA) pela UNICORP. Atua como Analista do Comportamento em atendimentos para pessoas autistas e ministra aulas em cursos de formação em ABA. Iniciou sua carreira na APAE-Recife e no momento realiza atendimentos "homecare". Possui experiência em SCA, PECs, VB-MAPP e treinamento de pais.

Ziomara Balbarrey

Médica (Universidade Nacional de Rosário, Argentina) Especialista em Anatomia Patológica. Especialista em Psicologia Clínica (J. F. Kennedy University). Residência em Anatomia Patológica, UNR. Chefe dos Residentes em Patologia do Hospital Infantil "Ricardo Gutiérrez", Buenos Aires, Bolsas de Patologia do Hospital Pediátrico de Garrahan. Médico assistente, antes no Serviço de Patologia do Hospital Garrahan, e posteriormente no Serviço de Banco de Tecidos. Formação em Gestalt no Centro Gestaltico de San Isidro, formação em Reiki e Vortexhealing (terapia energética) Membro do Grupo de Medicina Integrativa do Hospital Garrahan, e coordenadora do grupo.

Sumário

Resumen

12 Apresentação/Presentación

20 Introdução

Ensaio sobre Sistemas Médicos Complexos e Práticas Integrativas em Saúde: desafios ao avanço de um paradigma tradicional do cuidar e diagnosticar alternativo ao vigente num contexto de crise planetária

Madel T. Luz

Parte 1 - Modelos, sistemas e políticas de saúde

30 Desarrollo de la medicina tradicional y complementaria en el Perú

Amanda Asunción Lovera Arellano

46 Historia de la medicina complementaria en el seguro social de salud del Perú

Martha Villar López



59 Medicina Tradicional y Complementaria en el contexto colombiano: una breve mirada

Natalia Sofía Aldana

Luisa Fernanda Benítez

Ivonne Astrid Díaz

Johanna Marcela Romero

82 Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira

Charles Dalcanale Tesser

Islândia Carvalho Sousa

Marilene Cabral do Nascimento

Parte 2 - Experiências de Gestão, Formação e Cuidado

101 Experiencia cubana en la vigilancia de la seguridad del consumo de productos naturales y acupuntura

Ana Julia García Milián

Ana Karelía Ruiz Salvador

Johann Perdomo Delgado

Evelyn Anie González Pla

Ricardo Cortés Salazar

114 Medicina Integrativa en Pediatría y Neonatología en Argentina

Paulo Cáceres Guido

Adriana Macchi

Claudia Iachino

Marisa Gaioli

Ziomara Balbarrey



128 Usuários de práticas corporais: qualidade de vida e motivos de procura pelas práticas integrativas e complementares

Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral

Maria Beatriz Guimarães

Islândia Carvalho Sousa

147 Usuários em sofrimento difuso em centros de práticas integrativas e complementares

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Vitor Pereira Jordão

Camilla Maria Ferreira de Aquino

Islândia Carvalho Sousa

159 Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios

Nelson Filice de Barros

Cristiane Spadacio

Marcelo Viana da Costa

173 Fitoterapia no Brejo da Madre de Deus: a atuação do conselho municipal de saúde

Fernanda Elizabeth Sena Barbosa

Islândia Carvalho Sousa

Maria Beatriz Guimarães

Renê Duarte

Camila Pimentel



Apresentação

Presentación

Este livro é fruto de uma construção colaborativa com o intuito de que seja o primeiro de uma série de produtos que visam apresentar e refletir acerca das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) nas Américas. O objetivo é propiciar ao leitor uma aproximação sob diferentes perspectivas e dimensões da atuação das MTCI nas Américas, a fim de que, com a troca de experiências, possamos enriquecer e fortalecer tais saberes e práticas nos diferentes países.

Construir um livro acerca de um mesmo tema, mas a partir de experiências de diferentes países, foi uma experimentação rica que exigiu tempo e que trouxe reflexões de diversos matizes. O primeiro desafio foi o reconhecimento e a adequação das diferenças e das similaridades acerca das denominações sobre o tema entre os países da América Latina. Atualmente, a Organização Mundial da Saúde denomina esses saberes e práticas/intervenções de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), mas em cada país elas recebem uma denominação distinta.

Este libro es el resultado de una construcción colaborativa que tiene la intención de ser el primero de una serie de productos que buscan presentar las Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas (MTCI) en las Américas, y reflexionar sobre ellas. El objetivo es brindar al lector una aproximación a las MTCI en las Américas, desde las diferentes perspectivas y dimensiones de actuación de estas, para que, con el intercambio de experiencias, podamos enriquecer y fortalecer dichos conocimientos y prácticas en diferentes países.

Construir un libro sobre el mismo tema, pero a partir de experiencias en diferentes países, fue un rico experimento que requirió tiempo, y el cual trajo reflejos de diversos matices. El primer desafío fue el reconocimiento y adecuación de las diferencias y similitudes en cuanto a las denominaciones sobre el tema entre los países de América Latina. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud-OMS denomina a estos conocimientos y prácticas/intervenciones como Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas (MTCI), pero en cada país reciben un nombre diferente.

No caso do Brasil, por exemplo, Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas são chamadas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; no Perú são denominadas Medicinas Alternativas e Complementares; no Equador, Medicinas Tradicionais e Complementares; na Colômbia, Medicinas Alternativas e Terapias Alternativas e Complementares; em Cuba adota-se o termo Medicina Natural e Tradicional. No entanto, apesar das diferentes denominações, os fundamentos são similares, principalmente no que se refere à adoção do paradigma vitalista e ao modo de intervir nos processos de adoecimento. Neste livro, adotaremos o termo MTCl para melhor compreensão internacional.

Embora as nomenclaturas estejam mudando ao longo do tempo, não podemos perder de vista o fato de que na América Latina muitos sistemas terapêuticos coexistiram ao longo dos séculos. O termo Tradicional pode adquirir múltiplos sentidos, devendo ser compreendido de acordo com o contexto a que se refere. Os sistemas de saúde tradicionais indígenas estão presentes entre os povos originários e se mantêm em alguns locais sem interação com a biomedicina e/ou com as MTCl, como visto nas experiências de alguns países. Essa convivência não está isenta de tensões históricas, que se refletem nos próprios conceitos denominados pluralismo terapêutico na região, bem como nos marcos legais e nas abordagens práticas para a inclusão (ou exclusão) do referido pluralismo nos sistemas nacionais de saúde.

En el caso de Brasil, por ejemplo, las Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas se denominan Prácticas de Salud Integrativas y Complementarias (PICS); en Perú se les llama Medicinas Alternativas y Complementarias; en Ecuador, Medicinas Tradicionales y Complementarias; en Colombia, Medicinas Alternativas y Terapias Alternativas y Complementarias; en Cuba se adopta el término Medicina Natural y Tradicional. Sin embargo, a pesar de las diferentes denominaciones, los fundamentos son similares, principalmente en lo que respecta a la adopción del paradigma vitalista y la forma de intervenir en los procesos de la enfermedad. En este libro, adoptaremos el término MTCl para una mejor comprensión internacional.

Si bien las nomenclaturas van cambiando con el tiempo, no podemos perder de vista el hecho de que en América Latina han convivido muchos sistemas terapéuticos a lo largo de los siglos. El término Tradicional puede adquirir múltiples significados, y debe entenderse según el contexto al que se refiere. Los sistemas tradicionales de salud indígena están presentes entre los pueblos originarios, y se mantienen en algunos lugares sin interacción con la biomedicina y/o con las MTCl, como se ve en las experiencias de algunos países. Esta convivencia no está exenta de tensiones históricas, que se reflejan en los propios conceptos que se denomina pluralismo terapéutico en la región, así como en los marcos legales y enfoques prácticos para la inclusión (o exclusión) de dicho pluralismo en los sistemas nacionales de salud.

O foco das intervenções por meio das MTCI são as pessoas e não as doenças, privilegia-se a promoção e a prevenção à saúde, com um enfoque amplo que integra o corpo físico aos aspectos mentais e/ou emocionais dos adoecimentos. Além disso, mesmo com limites, há maior intercâmbio com as culturas locais – tradicionais e ancestrais dos povos indígenas ou originários - e ao mesmo tempo fazem uso de práticas menos invasivas, originárias de outros países, tais como a acupuntura e a homeopatia.

Na introdução do livro a autora apresenta reflexões acerca dos Sistemas Médicos Complexos e Práticas Integrativas em Saúde e aponta desafios no avanço de um paradigma tradicional do cuidado em saúde em um contexto de crise planetária. Com vasta experiência no contexto brasileiro, faz uma reflexão crítica sobre a mudança de paradigma na produção do conhecimento e na prática do cuidado em saúde, que não se restringe ao Brasil, mas é um processo histórico que diz respeito ao ser e estar no mundo e requer, portanto, transformações na forma de produzir conhecimento e de recriar o real e seus modos de cuidado à saúde.

A primeira parte do livro **MODELOS, SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE** é de cunho mais geral e apresenta as experiências com MTCI nos diferentes países da América Latina. Os autores objetivam oferecer uma visão geral sobre o tema das MTCI em seu respectivo país, como é o caso dos capítulos sobre o Peru e a Colômbia,

El enfoque de las intervenciones a través de las MTCI son las personas y no las enfermedades, se privilegia la promoción y prevención de la salud, con un enfoque amplio que integra el cuerpo físico con los aspectos mentales y/o emocionales de las enfermedades. Además, incluso con límites, hay un mayor intercambio con las culturas locales -tradicionales y ancestrales de pueblos indígenas u originarios- y al mismo tiempo hacen uso de prácticas menos invasivas, originarias de otros países, como la acupuntura y la homeopatía.

En la introducción al libro, la autora presenta reflexiones sobre los sistemas médicos complejos y las prácticas de salud integrativas, y señala los desafíos en el avance de un paradigma tradicional de atención en salud en un contexto de crisis planetaria. Con amplia experiencia en el contexto brasileño, la autora hace una reflexión crítica sobre el cambio de paradigma en la producción de conocimiento y en la práctica de la salud, que no se limita a Brasil, sino que es un proceso histórico que está relacionado con el ser y estar en el mundo. Por tanto, requiere cambios en la forma de producir conocimiento y recrear lo real y sus formas de cuidar la salud.

La primera parte del libro: **MODELOS, SISTEMAS Y POLÍTICAS DE SALUD** es de carácter más general y presenta las experiencias con MTCI en diferentes países de América Latina. Los autores tienen como objetivo ofrecer una visión general sobre el tema de las MTCI en su respectivo país, como es el caso de los capítulos sobre Perú y Colombia,

bia, e sobre as MTCl na Atenção Primária no contexto do Brasil.

Dois capítulos exploram o cenário da MTCl no Peru, a partir da institucionalidade das autoridades nacionais e do Seguro Social de Saúde (EsSalud). O primeiro, intitulado *Desarrollo de la Medicina Tradicional y Complementaria en Sistema Público en el Perú*, explica brevemente o contexto nacional e oferece uma trajetória histórica por meio dos diferentes marcos no avanço da inclusão das MTCl no sistema de saúde do Peru, incluindo o desenvolvimento de treinamento de recursos humanos. O segundo capítulo *Historia de la Medicina Complementaria en el Seguro Social de salud del Perú* explora a evolução do programa de institucionalização de MTCl no país, agora consolidado em Gestão de Medicina Complementar no EsSalud.

O capítulo *Medicina Tradicional y Complementaria en Colombia* apresenta uma síntese com informações históricas, regulamentações e situação atual. Tendo a saúde intercultural como foco, apresenta o modo como o país tem avançado no diálogo entre a medicina convencional, predominante no Sistema Geral de Previdência Social em Saúde, e a Medicina Tradicional - Ancestral dos grupos étnicos, para a atenção integral à saúde da população.

O último capítulo da primeira parte, *Práticas Integrativas e Complementares na atenção primária à saúde brasileira*, com dados primários e secundários apresenta o ce-

y sobre las MTCl en Atención Primaria en el contexto de Brasil.

Dos capítulos exploran el escenario del MTCl en Perú, a partir de la institucionalidad de las autoridades nacionales y del Seguro Social de Salud (EsSalud). El primero, titulado *Desarrollo de la Medicina Tradicional y Complementaria en Sistema Público en el Perú*, explica brevemente el contexto nacional y ofrece una trayectoria histórica a través de los diferentes hitos en el avance de la inclusión del MTCl en el sistema de salud del Perú, incluyendo el desarrollo de la capacitación para recursos humanos. El segundo capítulo *Historia de la Medicina Complementaria en el Seguro Social de Salud del Perú* explora la evolución del programa de institucionalización de las MTCl en el país, ahora consolidado en Gerencia de Medicina Complementaria en EsSalud.

El capítulo *Medicina Tradicional y Complementaria en Colombia* presenta una síntesis de la información histórica, las reglamentaciones y la situación actual. Teniendo la salud intercultural como foco, presenta la forma en que en el país se ha avanzado en el diálogo entre la medicina convencional, predominante en el Sistema General de Protección Social en Salud, y la Medicina Tradicional-Ancestral de los grupos étnicos, para la atención integral a la salud de la población.

El último capítulo de la primera parte, *Prácticas integrativas y complementarias en la Atención Primaria en Salud en Brasil*, con da-

nário de expansão e desafios da inserção e desenvolvimento da MTCl na APS no Brasil, discutindo seus problemas e estratégias de enfrentamento. Apesar do seu crescimento, o escasso financiamento e o baixo incentivo na formação e na pesquisa continuam sendo um desafio para o campo.

Na segunda parte EXPERIÊNCIAS DE GESTÃO, FORMAÇÃO E CUIDADO são apresentados estudos de caso e experiências em problemas específicos ou reflexões acerca das MTCl. Os autores abordam temas relacionados à gestão, formação e cuidado em MTCl, dialogam com questões específicas, como a farmacovigilância em MTCl em Cuba e a pediatria integrativa na Argentina, além de experiências com MTCl na região Nordeste do Brasil.

No primeiro capítulo da segunda parte Experiencia cubana en la vigilancia de la seguridad del consumo de productos naturales y acupuntura, que trata da inclusão das MTCl no sistema cubano de farmacovigilância, exemplifica a importância do fato de que as MTCl transcendem a esfera dos serviços e estão integradas em todos os subsistemas de apoio que permitem o funcionamento adequado dos sistemas nacionais de saúde. Este capítulo aborda a investigação sobre os efeitos nocivos dos medicamentos, em especial dos fitoterápicos e dos tratamentos de acupuntura, bem como localiza as MTCl no âmbito do sistema de saúde cubano.

tos primarios y secundarios, presenta el escenario de expansión y desafíos de la inserción y desarrollo de las MTCl en la APS en Brasil, discutiendo sus problemas y estrategias de afrontamiento. A pesar de su crecimiento, la escasez de fondos y los bajos incentivos para la formación y la investigación, siguen siendo un desafío para el campo.

En la segunda parte EXPERIENCIAS DE GESTIÓN, FORMACIÓN Y CUIDADO se presentan casos de estudio y experiencias en problemas específicos o reflexiones sobre las MTCl. Los autores abordan temas relacionados con la gestión, la formación y la atención en MTCl, el diálogo con temas específicos, como la farmacovigilancia en las MTCl en Cuba y la pediatria integrativa en Argentina, además de experiencias con MTCl en la región Nordeste de Brasil.

En el primer capítulo de la segunda parte, Experiencia cubana en la vigilancia de la seguridad del consumo de productos naturales y de la acupuntura, trata de la inclusión de las MTCl en el sistema de farmacovigilancia cubano, ejemplifica la importancia de que las MTCl trasciendan el ámbito de los servicios, y cómo están integradas en todos los subsistemas de apoyo que permitan el buen funcionamiento de los sistemas nacionales de salud. Este capítulo analiza la investigación acerca de los efectos nocivos de los medicamentos, en particular las hierbas/plantas medicinales y los tratamientos de acupuntura, así como el lugar de las MTCl dentro del sistema de salud cubano.

No Capítulo *Medicina Integrativa en Pediatría y Neonatología en Argentina* os autores trazem reflexões que problematizam a formação em MTCl e questões referentes à ética e às normativas do exercício prático na pediatria e, em especial, na neonatologia. Realçam que é preciso investir em pesquisas com metodologias rigorosas que proporcionem evidências sólidas sobre a segurança e a eficácia dessas práticas nessa fase de vida, de modo a avançar no conhecimento e na conscientização sobre o uso das MTCl.

No contexto do Brasil, o capítulo *Usuários de práticas corporais: qualidade de vida e motivos de procura pelas práticas integrativas e complementares* esboça um perfil dos usuários dessas práticas, analisando a relação entre a qualidade de vida, os aspectos sociodemográficos e de saúde desses usuários, e os motivos que os levaram a procurar um serviço de práticas integrativas no município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, um dos pioneiros na implantação das práticas integrativas e complementares na rede de saúde pública do Brasil.

O capítulo seguinte, *Usuários em sofrimento difuso em centros de práticas integrativas e complementares em saúde*, aborda a questão do sofrimento difuso, expresso por meio de ansiedade, depressão, nervosismo e dores generalizadas - um importante problema de saúde pública no Brasil - e que a biomedicina não possui recursos suficientes e adequados para tratá-lo. Assim, aborda o uso de algumas das MTCl para o tratamento do

En el Capítulo *Medicina Integrativa en Pediatría y Neonatología en Argentina*, los autores aportan reflexiones que problematizan la formación en MTCl y cuestiones relacionadas con la ética y normativa de la práctica clínica en pediatria y especialmente en neonatología. Destacan, que es necesario invertir en investigación con metodologías rigurosas, que brinden evidencia sólida sobre la seguridad y efectividad de estas prácticas en esta etapa de la vida, con el fin de avanzar en el conocimiento y concientización sobre el uso de las MTCl.

En el contexto de Brasil, el capítulo *Usuarios de prácticas corporales: calidad de vida y motivos de búsqueda de prácticas integrativas y complementarias* brinda un perfil de los usuarios de estas prácticas, analizando la relación entre la calidad de vida, los aspectos sociodemográficos y de salud de estos usuarios, y las razones que los llevaron a buscar un servicio de prácticas integrativas en la ciudad de Recife, capital del estado de Pernambuco, una de las pioneras en la implementación de prácticas integrativas y complementarias en la red de salud pública en Brasil.

El próximo capítulo, *Usuarios en sufrimiento difuso en centros de prácticas de salud integrativas y complementarias*, aborda el tema del sufrimiento difuso, expresado a través de la ansiedad, depresión, nerviosismo y dolor generalizado, un importante problema de salud pública en Brasil, y que la biomedicina no dispone de recursos suficientes y adecuados para tratarla. Así, aborda la experien-

sofrimento difuso em dois diferentes Estados da federação, um em João Pessoa/Paraíba e o outro em Recife/Pernambuco.

No penúltimo capítulo, *Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios*, as MTCl, aliadas ao trabalho interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde, são apresentadas como estratégia para avançar na perspectiva do cuidado integral e na ampliação da resolutividade no sistema público de saúde. Um estudo de caso realizado em Campinas mostra que existem experiências positivas e negativas na organização do processo de trabalho interprofissional em saúde como um potencial a ser desenvolvido. No entanto, o contexto atual de ameaças ao sistema público brasileiro pode dificultar ainda mais o desenvolvimento da lógica interprofissional e colaborativa.

Essa parte finaliza com o capítulo Fitoterapia no Brejo da Madre de Deus-Pernambuco: a atuação do Conselho Municipal de Saúde que analisa a atuação de um Conselho Municipal de Saúde na implementação do Programa de Fitoterapia e Plantas Medicinais no município que foi um dos pioneiros na implantação de uma “Farmácia Viva” no sistema público de saúde brasileiro. A Fitoterapia faz parte das práticas de cura tradicionais do povo brasileiro e vem sendo realizadas na rede de saúde de diversos estados e municípios brasileiros há décadas, como é o caso deste município.

cia del uso de algunas de las MTCl para tratar el sufrimiento difuso en dos estados diferentes de Brasil, uno en João Pessoa/ Paraíba y otro en Recife/ Pernambuco.

En el penúltimo capítulo, *Trabajo interprofesional y prácticas integrativas y complementarias en el contexto de la Atención Primaria de Salud: potencialidades y desafíos*, se presenta la experiencia de las MTCl con el trabajo interprofesional en el contexto de la Atención Primaria de Salud como una estrategia para avanzar en la perspectiva de la atención integral y la expansión de la capacidad de resolución de problemas de salud por parte del sistema público de salud. Un estudio de caso realizado en Campinas muestra que existen experiencias positivas y negativas en la organización del proceso de trabajo interprofesional en salud como un potencial a desarrollar. Sin embargo, el contexto actual de amenazas al sistema público brasileño puede obstaculizar aún más el desarrollo de la lógica interprofesional y colaborativa.

Esta parte finaliza con el capítulo Fitoterapia en Brejo da Madre de Deus-Pernambuco: la actuación del Consejo Municipal de Salud, que analiza el desempeño de un Consejo Municipal de Salud en la implementación del Programa de Fitoterapia y Plantas Medicinales en uno de los municipios que fue pionero en la implantación de un sistema de salud pública llamado “Farmacia Viva” en Brasil. La Fitoterapia es parte de las prácticas curativas tradicionales del pueblo brasileño y se han implementado en la red de salud de varios

Esperamos que esses capítulos possam ampliar o conhecimento sobre a diversidade de contextos e campos de reflexões sobre a inserção da MTCl nos sistemas nacionais de saúde e o seu potencial no desenvolvimento de um cuidado integral à saúde.

Desejamos uma leitura que favoreça o bem viver!

estados y municipios de Brasil durante décadas, como es el caso de este municipio.

Esperamos que estos capítulos puedan aumentar el conocimiento sobre la diversidad de contextos y campos de reflexión sobre la articulación de las MTCl en los sistemas nacionales de salud y su potencial en el desarrollo de la atención integral de salud.

¡Deseamos una lectura que favorezca el buen vivir!

Islândia Carvalho Sousa

Maria Beatriz Guimarães

Daniel F. Gallego-Perrez

Adriana Falangola

Introdução

Ensaio sobre Sistemas Médicos Complexos e Práticas Integrativas em Saúde: desafios ao avanço de um paradigma tradicional do cuidar e diagnosticar alternativo ao vigente num contexto de crise planetária

Madel T. Luz

Na conjuntura presente, com a constatação do avanço institucional de práticas de atenção e cuidado que visam à integração do ser humano como totalidade saudável polidimensional, é importante analisar o contexto no qual essas práticas se inserem. Situar raízes históricas, com o intuito de perceber a importância de seu papel na restauração da vida/saúde humana, é fundamental neste momento de crise planetária.

É importante assinalar, sobretudo, as características paradigmáticas que estas práticas supõem, procurando apreender diferenças, similitudes, permanências teóricas e práticas em distintas sociedades e culturas, visando a perceber nesta longa duração histórica uma possível solidez do paradigma *vitalista*. Mas, é necessário situarmos sobretudo os desafios do presente nas práticas e racionalidades médicas que não abandonaram tal paradigma, aperfeiçoando-o e divulgando-o em práticas, pesquisas e ensino, buscando encontrar numa atualidade pós-moderna, caracterizada por crises e superações no conhecer e no agir, modos de reinserção do mesmo nas disciplinas que lidam com o conhecimento da saúde e da vida.

Origens históricas e permanências das práticas integrativas e seus princípios

É necessário assinalar previamente que os sistemas médicos complexos (*racionalidades médicas*) e as práticas integrativas de cura estão longe de constituir o paradigma dominante de saúde na nossa cultura, seja na visão acadêmica, seja na ótica popular¹, a ele se opondo em vários aspectos, especialmente ao propor uma visão **vitalista** (LUZ; WENCESLAU, 2012) para a abordagem das questões relativas aos adoecimentos e recuperação da saúde.

O modelo designado como *holista vitalista* de saúde esteve presente em sociedades complexas antigas orientais e ocidentais, em suas tradições culturais, como está hoje em sociedades não ocidentais (Índia, China, Japão, entre outras), com uma definição da sanidade humana, animal ou mesmo vegetal, como um estado de *equilíbrio dinâmico do ser vivo*. Além disto, partilha uma percepção da relação todo/parte no universo como relação *macro* e *microcosmo*, isto é, como relação entre o universo, percebido como totalidade macro harmônica, e o ser humano, visto como microcosmo integrante deste todo, constituindo-se, para essas culturas, em sua expressão mais elaborada (LUZ; WENCESLAU, 2012).

A civilização ocidental protagonizou, a partir da Grécia clássica, (IV século A.C.) uma mudança progressiva na dinâmica processual do conhecimento, superando um momento histórico anterior (séculos VII-VI ao início do V A.C.), denominado na história da filosofia por **período pré-socrático**.

Nesse período, a **cosmovisão**, definida como representação cultural da vida, ou a **cosmogonia**, como reflexão da dinâmica da gênese do mundo, era formulada ao mesmo tempo como *contemplação* do todo universal, definido ao mesmo tempo como combinação estável de elementos *cosmogênicos*, e como uma *totalidade ativa*, de que o ser humano, assim como todo ser vivo, eram vistos como micro manifestação mutável (JULLIEN, 2009). A análise do mundo que viríamos a denominar posteriormente, no umbral da modernidade, século XV, **natureza** (LUZ, 2009, p. 47), passou a ser progressivamente conduzida pelos **amigos da sabedoria**, os filósofos, estudiosos não apenas da cosmogonia como das ciências da época (matemáticas, astronomia, geografia, botânica, medicina), através de elaboração discursiva rigorosa, isto é, regada por normas lógicas centradas em coerência e consistência. Embora não se estruture ainda como *discurso científico disciplinar*, como na modernidade clássica (FOUCAULT, 1966), já se trata de um **discurso sobre as coisas**, e não mais de uma *prosa em comunhão com as coisas* (FOUCAULT, 1966). Visa a **definir** seres específicos em sua essência, visa a estabelecer rigorosamente sua **verdade** (JULLIEN, 1998).

Em função da expansão das atividades de comércio e de navegação marítima pelo Oriente na antiguidade grega clássica, e do intercâmbio cultural forçosamente resultante, a astronomia, a botânica e a medicina, para mencionar apenas “disciplinas”² importantes da época, tornaram-se um domínio de crescente preocupação racional e de enunciados analíticos sistemáticos da parte dos filósofos. Em outros termos, mesmo permanecendo predominantemente filosófico, o conhecimento estabelece-se paulatinamente como **domínio de pesquisa conceitual**, firmando-se como tal na modernidade com a ‘razão clássica’, nos séculos XVII / XVIII (FOUCAULT, 1966).

A histórica separação dicotômica ocidental entre **logos**, **techne** e **práxis**

O processo histórico de racionalização dos saberes no Ocidente pré-moderno (séculos XIV-XVI), gerador de conhecimentos especializados em ramos de pesquisa, canteiro da construção das disciplinas científicas durante a modernidade (LUZ, 2004, cap. 2 e 3), teve como contrapartida a separação entre *conhecimento e arte*, *conhecimento e prática*. Mais do que isso, gerou descontinuidade entre *inteligência e sensibilidade*, entendida como fonte de saber gerado por *exercício/expressão* acumulados pela prática constante refinada e refletida dos cinco sentidos (SERRES, 2001, p.47-58).

Esse processo levou ao descredenciamento epistemológico dos “saberes fazer” (**savoir faire**), isto é, dos modos de conhecimento tradicionais praticados, organizados, preservados e reproduzidos pela observação empírica elaborada, acumulada e transmitida por gerações de praticantes. Tais saberes, presentes tanto na baixa como na alta Idade Média, baseados em experiência empírica e reflexão prática, podiam fortalecer ou mesmo originar conhecimento teórico para diversas “especialidades”. Entre essas, destacamos as práticas de cura da época: a medicina, a botânica, a farmácia, a ela ligada, e a cirurgia. São saberes/artes instituídos na baixa Idade Média, com escolas de formação hierarquizadas com mestres, discípulos, aprendizes, e sistemas de progressão institucional³. Entretanto, o **logos** (conhecimento) ainda não está dicotomizado da **práxis** (prática, vista como ação política, técnica, artística) neste momento. A separação logos/práxis só chegará ao nível de ruptura a partir dos séculos XVII/XVIII, com a “razão clássica” (FOUCAULT, 1966; LUZ, 2004), após longo trajeto em que apreender (perceber), descrever, formular, conceituar, se estilizarão no ato do conhecer. Cada elemento terá um peso epistêmico diferenciado no processo.

Desta forma, o período terminal da Idade Média ocidental, que podemos situar amplamente entre os séculos XII e o XV, já em convivência com o Renascimento, presencia e *acentua* o desenvolvimento e o intercâmbio dos saberes que não estão naquele momento em conflito com a racionalidade ocidental, e mesmo a enriquecem, afirmando-se como *modos de conhecimento empírico e práticas técnicas* em vários dos ramos ‘disciplinares’ já mencionados: medicina, cirurgia, botânica, farmácia.

Por outro lado, o processo intenso de urbanização deste período, com a construção de fortes, moinhos à água, diques, pontes e castelos residenciais fortificados, propicia a expansão das cidades com mercados, que se fixam como centro de venda de produtos dos feudos agrícolas, bem como a importação de tecidos, objetos de arte, ou adorno, e *especiarias*⁴. Tem o Oriente como origem ou destino das trocas. Toda esta expansão é indicativa de intercâmbios presentes no plano das artes, das ideias e dos conhecimentos estruturados. Entre estes destacam-se a

medicina e a cirurgia, ou *a arte de curar pessoas doentes e de caracterizar, definindo, doenças*⁵.

Como afirmamos acima, a grande separação/oposição entre conhecimento e arte, inteligência e sentidos, teoria e prática ou, se preferirmos, entre *racionalidade e sensibilidade* é um processo histórico lento, que se acelera no fim do período denominado Idade Média, com o Renascimento. Atingirá em seu trajeto, durante os séculos XVII e XVIII, o conjunto dos modos de percepção, apreensão e expressão das coisas, abrangendo, conseqüentemente, a **relação** com os seres vivos ou inanimados. Atingirá, certamente, o modo de abordar, classificar e ordenar tanto o mundo como os seres, as coisas, e as palavras que os designam (FOUCAULT, 1966). Atingirá, finalmente, no século XIX, o **modo de definir o conhecer** e o que se pode legitimar como **conhecer** (FOUCAULT, 1966; JULLIEN, 1998). Por mais de um século, excluirá do marco legítimo da produção de conhecimento e da prática do cuidado em saúde os sistemas de cura derivados de paradigmas vitalistas⁶.

A Medicina e o combate às doenças na modernidade: a construção da ciência das patologias

Assinalemos, como ponto de partida, que o *umbral* da modernidade se delineia nos quase três séculos denominados Renascimento. Vale a pena sublinhar a palavra umbral, porque salienta que a Renascença introduz na história do Ocidente um período único, sem propriamente reduzir-se a ele. Da Renascença brotam e jorram como de fonte cultural inédita, tanto arte como ciência, tanto invenção como prática engenhosa, tanto sensibilidade como inteligência, tanto *fé*, e metafísica, como *razão*, teórica ou prática. O mundo se reconstrói no pensar, no expressar, no agir, no fazer.

A **modernidade**, com suas dualidades, se constrói *na* e em grande parte *pela* Renascença (LUZ, 2004, cap.2). Porém, difere completamente da **profusão** renascentista. Pode-se, talvez, afirmar que a história moderna não apenas percorreu, nas várias possibilidades presentes nos séculos XIV, XV e XVI, um caminho cultural de encruzilhada, criando, ela mesma, uma trilha específica, geradora de outras encruzilhadas. A trilha da racionalidade: teórica, empírica, tecnológica, inventiva, construtiva e inovadora, mas ao mesmo tempo fortemente **reguladora**, através de normas que enquadrarão o pensar, o agir e o intervir.

Talvez ninguém sintetize tão completamente o umbral da modernidade como Leonardo Da Vinci. Mas, com a modernidade histórica estamos diante de um Leonardo coletivo racionalista e tecnológico, que com o avançar dos séculos (XVII-XIX) buscou como expressão teórico-prática uma razão baseada na empiria e na intervenção técnica. Melhor dizendo, uma razão *tecnocientífica* de pensar e agir (LUZ, 2004: caps.2,3,4).

Faz-se necessário, neste momento, um comentário sintético final sobre o tão mencionado trajeto racionalizador das biociências durante a modernidade, procurando situar o processo da guerra disciplinar empreendida pela *medicina* durante os séculos XVII a XIX contra as doenças⁷. Também, para termos clareza de como este combate histórico conduziu à centralidade das patologias em seu paradigma de conhecimento, tanto na pesquisa como na prática da atenção médica, estabelecendo o conhecimento médico como uma **ciência das patologias**, em detrimento da diagnose e do cuidado individual dos seres humanos. Em outras palavras, em detrimento da *arte de curar pessoas doentes*. Tendo a patologia como o foco de conhecimento e intervenção, a medicina, que centra na doença seu inimigo, terá como aliado principal o medicamento, que combaterá a patologia (LUZ, 2004). Para cada patologia um medicamento, ou conjunto de medicamentos, como um arsenal de combate visando à cura. Se não houver “remédio”, o grande aliado será a cirurgia.

A conjuntura atual de crise planetária nos níveis da vida e do viver: ambiental, social, pessoal, e o que pode aportar a intervenção das PICS a este quadro

É nossa intenção, nesta terceira parte do ensaio, aproximarmo-nos da dinâmica do desenvolvimento atual das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), considerando o contexto atual de crise da saúde, de crise pós-moderna de paradigmas oficiais relativos à vida e à medicina (LUZ, 2005), e o papel que podem exercer as Agências Internacionais de Saúde nesta crise, ao fazerem apelo às novas formas organizadas de atenção voltadas ao cuidado coletivo. Nelas incluem-se as PICS, já tradicionais neste tipo de intervenção. Os profissionais das PICS, trabalhando no front da atenção em saúde e do cuidado coletivo, cuja demanda cresce incessantemente, são outro ator estratégico para lidar com a crise da vida e da saúde. É importante entender e apoiar sua busca atual de fixação enquanto agentes institucionais, considerando suas relações por vezes críticas com a cultura das biociências, sobretudo da medicina, que tende a desconsiderá-las, embora não tenhamos aqui intenção de exacerbar oposições que muitas vezes resultam, no cotidiano institucional dos agentes, em conciliações, arranjos e “bricolagens” nas práticas de cuidado (LUZ, 2005).

Entretanto, é *fundamental* situarmos com clareza o que entendemos por crise planetária, ou *crise da saúde* e meio ambiente (LUZ, 2005), seus elementos e determinantes, e as consequências no ambiente e na saúde das espécies.

Em primeiro lugar, falemos da *vida*: humana, animal e vegetal, como eventos biológicos magnos do planeta, cuja crise vai além da espécie animal humana, atingindo fauna, flora, elementos. Falemos da *saúde humana* vista como sistema pluridimensional que organiza o ser

humano em bio-psíquico-social e espiritual. No momento presente, em que nos felicitamos pelo inegável avanço político-institucional e social das práticas de cura que visam à integração do ser humano como totalidade singular polidimensional, é importante analisar o contexto socioambiental em que essas práticas se inserem, procurando situar a importância de seu papel na restauração da vida e da saúde. Inegavelmente, atravessamos um momento planetário de **crises** em vários níveis da vida e do viver: ambiental, social, pessoal. Convém citar alguns elementos associados causalmente ao complexo cenário crítico da vida no planeta:

1. A catástrofe climática que atinge o meio ambiente, que vai além do chamado aquecimento global, envolvendo uma **crise sanitária**, relacionada ao desenvolvimento epidêmico de novas patologias, e ao retorno de patologias crônicas ou agudas, tidas como erradicadas;
2. As novas formas de adoecimento coletivo, sejam elas relacionadas ao aquecimento climático, seja à queda de condições socioeconômicas, com a exclusão social massiva de parcelas populacionais, acentuadas no capitalismo mundial financeiro, gerador de concentração de riqueza social inédita em número reduzido de indivíduos (Ex.: 85 pessoas físicas acumulariam atualmente riqueza, em termos de PIB, equivalente a de 4 bilhões de pessoas mais pobres, de acordo com notícia divulgada em redes sociais);
3. As taxas inéditas de adição a drogas por grupos distintos de pessoas fragilizadas por diversas condições de exclusão social (gênero, envelhecimento, desemprego, migração);
4. O aumento de taxas de depressão e suicídio em camadas populacionais inesperadas, como os jovens, com altíssima taxa de adição a drogas nesta faixa etária!
5. Devem ser também acentuados como fonte de adoecimento epidêmico por novas patologias, crônicas ou agudas, os hábitos alimentares de grandes parcelas das classes populares, na maioria dos países do globo terrestre, dependentes de comidas industrialmente processadas, geralmente aditivas, e pouco ou nada nutritivas, quando não “vencidas” ou contaminadas;
6. As guerras localizadas em nações pobres, que conduzem à miséria avassaladora de regiões de dimensões continentais, gerando migrações de milhares de pessoas em condições sub-humanas, ocasionando mortandades periódicas;

Não cremos ser necessário citar em nosso apoio análises epidemiológicas apuradas, ou mesmo estudos quali/quantitativos divulgados diariamente na mídia impressa, televisiva e virtual: são fatos constantes do nosso cotidiano, com os quais nos habituamos a conviver. Atuais, conhecidos de todos, discutidos socialmente e em redes virtuais, devido à gravidade

neles implicada, repetem-se em moto contínuo, pois são parte do viver no modo de produção financeiro rentista estabelecido globalmente.

Acreditamos, entretanto, ser necessário assinalar origens e/ou fontes geradoras desses fenômenos que nos conduziram, a nós seres, humanos, e a toda forma de vida, inclusive os elementos (terra, água, fogo, e ar, através dos ventos), à crise planetária por que passamos nesta conjuntura.

As raízes destas fontes estão na própria sociedade em que vivemos: estão presentes na estrutura econômica, nas estruturas regulatórias das relações sociais, éticas, jurídicas e políticas, e nas relações de sociabilidade, todas claramente em crise. A macroeconomia capitalista financeira, mesmo assentada sobre as bolsas de valores, vem oscilando criticamente desde o início do milênio, e teve em 2008 um forte sinal de alarme.

Uma consequência social importante, face a esse conjunto de fatores de crise, é a deterioração ética progressiva, com implicação em valores sociais e práticas de sociabilidade, que se evidencia, desintegrando paulatinamente o tecido social das nações, pela negação da alteridade, e pela redução do sujeito destinado, em princípio, como ser humano, à sociabilidade coletiva, a indivíduo ensimesmado e ansioso, hostil ao contato não controlado, fixado no *comunicar virtual*.

Reduzem-se assim a escombros os princípios universais solidários da ordem republicana democrática moderna, instaurada no século XVIII em países do hemisfério norte, tendo a França como origem. O medo do outro facilmente leva à hostilidade, e grupos fechados no *eu mesmo*, excludentes da alteridade, avançam no espaço social.

Não é necessário ser sociólogo ou profissional de saúde e ambiente para associar tais elementos à base da crise planetária em curso, e saber que esses elementos são as fontes de adoecimento, de perda de saúde e de vida.

Consequentemente, é **urgente** que os profissionais comprometidos com a vida humana, com sua preservação ou sua restauração, como os das PICS, abracem esses desafios em suas práticas cotidianas, levando-os em consideração no momento de intervenção junto aos sujeitos adoecidos, nas coletividades e nas instituições, para que as **práticas terapêuticas integrativas** não percam o horizonte de restauração da vida, reduzindo-se a mero placebo social. A crise planetária nos coloca em uma dura encruzilhada, face às ameaças à integridade da vida e do viver. Em outras palavras: a saúde do ser humano constitui-se em grande desafio para todos nós cidadãos, mas sobretudo para os que advogam em suas práticas um paradigma vitalista.

É fundamental encarmos desde agora os desafios inerentes a esta encruzilhada, colocados no campo das ciências e práticas de intervenção em saúde que se propõem a abordar o ser humano singular ou grupal, atingido em sua vitalidade, como totalidade umbilicalmente ligada não apenas à sua espécie, como às outras do planeta. Precisamos encarar o fato de que tal abordagem supõe uma *visão vitalista holista* do ser humano, assumindo todas as implicações socioculturais e políticas desta visão.

Para isto é essencial trabalhar em grupos não rigidamente hierarquizados e competitivos, como o fazem os institucionais, em defesa da saúde humana, como um desafio maior a esta sociedade em que vivemos, e que degrada a vida a cada momento. Neste sentido, trabalhar solidariamente, em redes associadas, é fundamental!

Desafios às Práticas Integrativas e Complementares na travessia histórica do(s) saber(es) vitalista(s) em saúde

É nosso propósito encerrar este texto breve e concisamente, colocando aos teóricos, praticantes e militantes dos saberes e práticas vitalistas os desafios que, do nosso ponto de vista, são **urgentes** e devem ser assumidos e enfrentados. Seleccionamos apenas quatro, que consideramos fundamentais para o avanço das PICS e dos sistemas médicos complexos (racionalidades médicas) vitalistas:

1. **Produção de conhecimento** no campo da saúde e da vida: características do novo modo de produzir necessário: autônomo, coletivo, solidário, sem hierarquias rígidas.
2. **Busca de diálogo** ou descoberta de sistemas médicos existentes centrados na questão da restauração ou conservação da vitalidade do ser: humano, animal ou vegetal. Abertura para outras abordagens em medicina, ou outras abordagens terapêuticas.
3. **Condução metodológica** dos saberes médicos tradicionais e de outras racionalidades no cuidado em saúde, com a proposta de integração, ao modo científico de produção de conhecimento. Neste sentido, pesquisar e desenvolver métodos inovadores, aliados aos conhecimentos em saúde existentes mais avançados, situa-se como um dos instrumentos estratégicos de reconhecimento institucional das PICS.
4. **Apropriação do conhecimento** do momento atual, dito **pós-modernidade**. Características básicas: a *technos* torna-se mais importante que o *logos*. Inovação, utilitarismo, integração disciplinar, transdisciplinaridade são as características principais deste novo modo de produzir conhecimento. A ciência, mais do que um agente de observação ou intervenção no real, tende a ser programação da vida em todos os aspectos. Não é mais apenas “contemplação” (antiguidade clássica), ou mesmo “decifração de

leis” (modernidade), ou “transformação” da mesma (pós-modernidade). Tende a se tornar “formatação da realidade”, com apoio técnico de inteligência artificial (pós-modernidade avançada).

As PICS devem, assim, procurar apropriar-se positivamente deste novo modo de produzir conhecimento, procurando ser, mais do que **formatação**, um processo de **recriação do real**, através de discussão e diálogo criativo no processo da produção do conhecer.

Referências Bibliográficas

FOUCAULT, Michel. **Les mots et les choses-Une Archeologie des Sciences Humaines**. Paris: Ed. Gallimard, 1968. 400 p.

JULLIEN, François. **Un sage est sans idée – ou l’autre de La philosophie**. Paris: Editions du Seuil, 1998. 229 p.

_____. **O Diálogo entre as Culturas Do universal ao multiculturalismo**. Rio de Janeiro: Editora ZAHAR, 2008. 221 p.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, Racional, Social –Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. 2ª. ed. Revista. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004. 208 p.

_____. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva - Estudo sobre Racionalidades Médicas e Práticas Corporais**. 3ª. ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007. 174 p.

_____. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: LUZ, M. T.; BARROS, N. F.: **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde - Estudos teóricos e empíricos** (orgs.) Rio de Janeiro: CEPESC.IMS. UERJ.ABRASCO, 2012, p.217-247.

LUZ, M. T.; WENCESLAU, L. D. A medicina antropológica como racionalidade médica, in LUZ, M. T.; BARROS, N. F. **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde – estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: CEPESC.IMS.UERJ.ABRASCO, 2012, p.185-216.

LUZ, M. T.; MACHADO, A.; DALL’ALBA, R. **Mosaicos do viver: ciência e mídia na produção de sentidos sobre saúde e vida no imaginário contemporâneo**. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. 165 p. Disponível em: <http://historico.reunida.org.br/bibliotecadigital/ciencia-e-midia-na-producao-de-sentidos-sobre-saude-e-vida-no-imaginario-contemporaneo-pdf>

SERRES, Michel. **Os cinco sentidos – filosofia dos corpos misturados**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2001. 355 p.

Parte 1

Modelos, sistemas e políticas de saúde

1



Desarrollo de la medicina tradicional y complementaria en el Perú

Amanda Asunción Lovera Arellano

Introducción

El sistema actual de salud en el Perú, está regido por la Ley General de Salud N° 26842, promulgada el 9 de julio de 1997 y menciona, en el Título XVII: que la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado. Sin embargo no existe una ley o política que regule el uso de la medicina tradicional y complementaria, pero ya se encuentra en el Congreso de la República la propuesta de Ley 1489/2016-CR, que regula el ejercicio y la práctica de la medicina alternativa y complementaria, habiendo sido aprobada por la Comisión de Salud y Población, conjuntamente con otras dos propuestas.

El sistema de salud peruano tiene como interés fundamental el cuidado de la salud integral como un derecho de la persona, reconociendo su universalidad, promoviendo la investigación científica, la educación en salud y la participación de la comunidad; sin embargo, actualmente está fragmentado y dirigido más al tratamiento de enfermedades que a la prevención.

El sistema nacional de salud está conformado por entidades prestadoras de servicios públicos (Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud – EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, Policlínicos Municipales) y privadas (Empresas prestadoras de salud-EPS) y si bien no cuenta con un Sistema Único de Salud todas las entidades se rigen por la Ley General de Salud, que fundamentalmente regula la medicina convencional o biomedicina que es la base del sistema actual.

En lo que respecta al campo de la medicina tradicional y complementaria, el **estado reconoce que la promoción de la medicina tradicional es de interés y de atención preferente, sin embargo no se han dictado normas específicas que las regulen.**

En 1990 se crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional con Decreto Legislativo N° 584, del 18 de abril de 1990-INMETRA- como organismo público descentralizado de dicho Ministerio, con independencia y autonomía presupuestaria. En 1994, la Dirección de Salud Callao (DISA-I) implementó oficialmente un servicio de Medicina Alternativa como un programa piloto, con destacados resultados, principalmente en el manejo de dolencias crónicas. Actualmente el programa funciona como servicio de Medicina Alternativa y Complementaria en el Hospital San José del Callao.

En el año 2003, con decreto supremo N° 001-2003-SA, se promulga el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud, que incluye dentro de sus Órganos de Línea al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), que cuenta con la Dirección Ejecutiva de Medicina Alternativa y Complementaria y la Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional. Esta institución, se creó sobre las bases del Instituto de Medicina Tradicional – INMETRA.

Actualmente el Centro Nacional de Salud Intercultural es el órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, encargado de proponer políticas y normas en salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la biomedicina, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población.

Figura 1.- Organigrama del Centro Nacional de Salud Intercultural.: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/censi/censi-c1/informaciongeneral/organigrama-censi>



Actualmente, en CENSI, se han socializado y validado las Normas Técnicas en Salud de acupuntura, reiki y reflexología y guías técnicas de acupuntura, reiki y reflexología, para su aprobación por el Ministerio de Salud.

También esta institución, ha elaborado los anteproyectos de Normas Técnicas en Salud de fitoterapia, terapia neural, homeopatía y terapias mente-cuerpo, con sus respectivas guías técnicas, que serán socializadas y validadas por especialistas en el tema.

Asimismo, CENSI ha iniciado el registro de instituciones formadoras y profesionales de la medicina alternativa y complementaria, habiéndose realizado en una primera fase el registro de acupunturistas, maestros de reiki, reflexólogos y terapeutas de biomagnetismo; así como de las instituciones formadoras en estas terapias.

Por otro lado, la Dirección de Medicina Tradicional se encuentra elaborando las monografías de plantas medicinales¹ y ya elaboró el Inventario Nacional de Plantas Medicinales².

Esta dirección también cuenta con dos jardines botánicos que reúnen una colección aproximada de 500 especies medicinales, gran parte de ellas originarias del Perú con usos tradicionales en salud y algunas con acción terapéutica comprobada. Asimismo cuenta con el herbario

nacional de plantas medicinales peruanas con aproximadamente 1000 especies de plantas medicinales de las diferentes regiones del país.

Figura 2 - Fotos del Herbario y Jardín Botánico de Plantas Medicinales. CENSI/MINSA.



Herbario de Plantas Medicinales
Centro Nacional de Salud Intercultural
Instituto Nacional de Salud



Jardín Botánico de Plantas Medicinales
Centro Nacional de Salud Intercultural
Instituto Nacional de Salud

Con respecto a las leyes que regulan la medicina tradicional, alternativa y complementaria tenemos:

En Medicina Tradicional

Decreto Supremo N°006-2016-MC, Creación de la Comisión Multisectorial de naturaleza permanente para la Salvaguardia y Revalorización de los Conocimientos, Saberes, y Prácticas Tradicionales y Ancestrales de los Pueblos Indígenas u Originarios.

Tiene como objeto elaborar informes técnicos con propuestas de diseño de instrumentos normativos en materia de salvaguardia, protección, promoción y revalorización de los conocimientos, saberes, y prácticas tradicionales y ancestrales de los pueblos indígenas u originarios, así como realizar el seguimiento del cumplimiento de los mismos una vez que sean aprobados.

Ley N° 27300, Ley de aprovechamiento de plantas medicinales, que tiene por objeto, regular y promover el aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales, en armonía con el interés ambiental, social, sanitario y económico de la Nación. En esta ley, entre otros, se encarga a CENSI (Ex INMETRA) la elaboración del Inventario Nacional de Plantas Medicinales, la investigación en plantas medicinales, conjuntamente con otras instituciones, la elaboración de la Farmacopea Herbolaria Nacional y la Guía Terapéutica de Plantas Medicinales.

Resolución Ministerial 611-2014-SA, Dialogo Intercultural en Salud, fue elaborada por CENSI y establece las orientaciones técnicas para el uso de la metodología del Diálogo Inter-

cultural en Salud para articular acciones con los pueblos indígenas y las poblaciones afroperuanas, los agentes de la medicina tradicional y las autoridades locales, que mejoren el acceso y la calidad de atención en los servicios de salud.

En Medicina Alternativa y Complementaria

Decreto Supremo N°013-2006-SA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento. En ella solo se reconoce a los centros de Medicina Alternativa y Complementaria como servicios médicos de apoyo, pero no da ninguna especificación al respecto.

Serie de Manuales HIS N°05. Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención de Medicina Alternativa y Complementaria. Elaborada por CENSI conjuntamente con el MINSA, proporciona las herramientas necesarias para un correcto registro estadístico sanitario de consulta externa, procedimientos y actividades preventivo-promocionales en Medicina Alternativa y Complementaria que se lleven a cabo en establecimientos pertenecientes al Sector Salud (Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud – EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, Policlínicos Municipales y privadas). Fue aprobado con R.M N° 902-2017/MINSA de fecha 11/10/2017.

Regulación de Productos, Recursos e Insumos para la práctica de la Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria.

Ley N° 29459. Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

Establece los principios, normas, criterios y exigencias básicas sobre los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de uso en seres humanos, reconociendo a los productos herbarios y homeopáticos, como productos farmacéuticos. Además señala en el art.12 de los medicamentos herbarios *“que las plantas medicinales de uso tradicional y otros recursos de origen natural de uso medicinal que se ofrezcan sin referencia a propiedades terapéuticas diagnosticadas o preventivas pueden comercializarse sin registro sanitario”*.

Decreto Supremo N° 016-2011-SA que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del 27/07/11, modificado por Decreto Supremo N° 001-2012-SA del 22/01/12. Artículo 4°, 22° y 23°. En el que se incluyen a los medicamentos herbarios.

Decreto Supremo N° 001-2012-SA que aprueba la modificatoria del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del 22/01/12. Primera Disposición Complementaria Transitoria. Aplíquese el Decreto Supremo 010-97-SA a plantas medicinales de uso tradicional y otros recursos de origen natural que se ofrezcan con referencia a propiedades terapéuticas, diagnósticas o preventivas, así como a los productos homeopáticos, hasta la aprobación de su regulación complementaria.

Resolución Directoral N° 140-2012-DIGEMID-DG-MINSA Aprueba el Listado de Referencias Bibliográficas que sustentan la seguridad de uso y uso tradicional de recursos naturales o sus asociaciones.

A nivel nacional, la oferta de servicios de Medicina Alternativa y Complementaria dentro del Sistema Nacional de Salud, se ha desarrollado heterogéneamente, con modelos de prestación *sui generis*.

Dicha oferta se encuentra distribuida entre los establecimientos de salud del MINSA que atiende al 62,1 % de la población peruana, EsSalud (seguro social del Perú, que atiende al 31,3 % de la población), Policlínicos Municipales y establecimientos privados.

Dentro de los principales establecimientos de salud del MINSA que ofrecen estos servicios, se encuentran: el Hospital María Auxiliadora, Hospital San José del Callao y Hospital San Juan de Lurigancho, en Lima y el C.S. sesquicentenario del Callao.

Mientras que entre los Policlínicos Municipales que cuentan con servicios de Medicina Alternativa y Complementaria, incluyen: Casa del adulto Mayor de la Municipalidad de Jesús María, Policlínicos de la Solidaridad de: Lince, Puente Piedra y Villa El Salvador, pertenecientes a la Municipalidad de Lima Metropolitana y el hospital Chalaco de la Municipalidad Provincial del Callao.

La Dirección de Medicina Alternativa y Complementaria del CENSI ha realizado actividades de atención primaria de la salud, incluyendo atención de salud por medio de campañas gratuitas de estos servicios, habiéndose realizado en total 8,709 atenciones desde el 2005 y el 2016, realizadas en instituciones gubernamentales como el Congreso de la República, Presidencia del Consejo de Ministros; colegios estatales; municipalidades; hospitales; centros de salud y ferias.

CENSI en las encuestas realizadas para medir el grado de satisfacción de los usuarios que recibieron estos servicios en las campañas mencionadas, reportó que el 95% de los usuarios calificó la atención como excelente y que los recomendaría a otras personas.

Asimismo en el año 2013, se realizó el I Curso Taller “Modelo de Atención en Medicina Alternativa y Complementaria basado en Atención Primaria de Salud, hacia su Integración al Sistema

de Salud”, para promover, entre otros, una cultura de prevención de enfermedades y cuidado de la salud, así como su incorporación en las redes integradas de salud de I nivel de atención.

A continuación se detalla la oferta y demanda e algunos servicios MAC, integrados en el sistema nacional de salud. Ver tabla 1.

Tabla 1.- Oferta y Demanda de servicios medicina alternativa y complementaria del sistema nacional de salud-Perú – Año 2017

	Establecimientos Municipales	MINSA Datos a nivel nacional	EsSalud Datos a nivel nacional
Tipos de EESS que brindan MAC	Los establecimientos municipales que cuentan con servicios MAC implementados, son: Casa del adulto Mayor de la Municipalidad de Jesús María, Policlínicos de la Solidaridad de: Lince, Puente Piedra y Villa El Salvador, pertenecientes a la Municipalidad de Lima Metropolitana y el hospital Chalaco de la Municipalidad Provincial del Callao.	Cuenta con 110 establecimientos del MINSA, que aplican terapias MAC, 81 corresponden al I nivel de atención, (03 son del nivel I-1, 17 del nivel I-2, 43 del nivel I-3, 18 del nivel I-4), 26 al II nivel de atención (15 del nivel II-1, 10 del nivel II-2, 01 del nivel II-E) y 03 al III nivel de atención (02 del nivel III-1, y 01 del nivel III-E), distribuidos a nivel nacional.	Cuenta con 83 Unidades Operativas en tres niveles de atención: 29 Centros de Atención de Medicina Complementaria (CAMEC), 53 Unidades de Medicina Complementaria (UMEC) y una Unidad de Cuidados Paliativos de Medicina Complementaria (UCPMEC), distribuidos a nivel nacional.
RRHH que aplican MAC	02 Químicos farmacéuticos, 02 terapeutas	45 médicos, 48 tecnólogos médicos, 14 sin colegiatura*, 7 obstetras, 5 enfermeras, 3 odontólogos y 2 psicólogos.	110 Médicos, 113 enfermeras, 35 tecnólogos médicos, 33 químicos farmacéuticos, 47 psicólogos, a nivel nacional.
Terapias que aplica	Biomagnetismo, reflexología, técnicas de liberación emocional, ventosas, tuina, ayurveda, acupuntura, moxibustión estilos de vida saludable.	Acupuntura, moxibustión, auriculoterapia, craneopuntura, osteopatía, quiropraxia, masoterapia, reflexología, terapia neural, mente cuerpo, trofoterapia, homeopatía, fitoterapia, trofoterapia, terapia floral, bioenergética, laserterapia.	Acupuntura, fitoterapia, trofoterapia, hidroterapia, termalismo, geoterapia, terapia floral, masoterapia, kinesiterapia, tai-chi, yoga, biodanza, relajación y meditación, hipnosis, homeopatía, musicoterapia, electromagnetismo, bioenergética, reflexoterapia, tuina, quiropraxia, shiatsu, osteopatía, eciwo.
N° Atendidos	No se reporta	6122	88179
N° Atenciones ***	1559	76247	166135
Patologías más frecuentes	Terapia del dolor, ciática, fibromialgia, migraña, ansiedad, depresión, estrés.	Artrosis, dorsalgias, ansiedad, migraña, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, depresión, gastritis y duodenitis, venas varicosas de los miembros inferiores, asma, rinofaringitis crónica, parálisis facial, lesiones del hombro, migrañas y otros trastornos, enfermedad pélvica inflamatoria.	Poliartrosis, seguida de dorsalgias, ansiedad, obesidad, cefaleas, diabetes, gastritis, dislipidemias, hipertensión, artritis, depresión, asma, enfermedad del hígado y otros diagnósticos.
Cuenta con protocolos/Guías/Manuales	Manuales***	Manuales y Guías**.	Cuenta con Manuales de: fitoterapia, cinesiterapia, terapia floral, biodanza, geoterapia, hidroterapia, kinesiólogía, masoterapia china, relajación y trofoterapia.

Fuente: XII Congreso Internacional del INS-

* Terapeutas

** Guías técnicas en fase de aprobación. Solo algunos servicios cuentan con manuales

*** Casa del adulto Mayor de la Municipalidad de Jesús María

Nota.- Los voluntarios que apoyan los servicios MAC del MINSA, son terapeutas (no colegiados) formados en terapias MAC, que no son profesionales de la salud.

Tabla 2.- Número de atenciones y atendidos con medicina alternativa y complementaria en instituciones públicas – Año 2017.

Item	Establecimientos Municipales*	MINSA** Datos a nivel nacional	EsSalud*** Datos a nivel nacional	Total
N° Atendidos	No se reporta	6122	88179	94301
N° Atenciones	1559	76247	166135	243941

Fuente: * Casa del adulto Mayor | ** Oficina Estadística - MINSA. | *** informe Memoria Anual MEC 2017 - ESSALUD.

En la tabla 3 (página 38) se observa que la terapia con mayor número de atenciones fue masoterapia con 25 002 atenciones y de ellas 13 652 correspondieron a dorsalgias, 4 564 a artrosis y 4 157 a lesiones del hombro; mientras que la acupuntura se ubica en segundo lugar con 4 485 atenciones y de ellas la dorsalgia fue la de mayor prevalencia (2 101), seguida de artrosis (563) En tercer lugar, se ubica terapia neural con 4 465 atenciones y de ellas la dorsalgia (2 153), fue la que tuvo mayor número de atenciones, seguida de la artrosis (624).

Tanto los servicios de Medicina Alternativa y Complementaria que ofrece MINSA y los Policlínicos Municipales lo realizan mediante atención directa (costo mínimo) y también por intermedio del SIS, que subvenciona acupuntura y terapia neural. En la Tabla 3 se presentan los datos de morbilidad de mayor prevalencia por tipos de terapias, según lo informado en las estadísticas de los servicios de Medicina Alternativa y Complementaria del MINSA.

En lo que respecta a los servicios de Medicina Complementaria del Seguro Social de Salud (EsSalud) son financiados por esta institución, con los aportes de los empleadores, por esa razón, todos los servicios, insumos y terapias brindadas son totalmente gratuitas para los pacientes asegurados en EsSalud.

Con respecto a la actividad privada, en Lima y Callao existen aproximadamente 200 establecimientos que ofrecen terapias complementarias, según Lovera A. 2013³.

En el Perú también existen asociaciones de pacientes como:

“Cada minuto cuenta”, perteneciente a la Unión Latinoamericana de Cáncer de la Mujer (ULACCAM), Pfizer Oncología, Asociación Peruana Vidas Sin Cáncer, Club de la Mama, Esperanza y la Asociación Peruana de Mastología, que recomiendan el uso de las terapias complementarias como apoyo al tratamiento: reiki, reflexoterapia, aromaterapia, hipnoterapia, arteterapia, meditación, yoga, masaje, musicoterapia, tai-chi⁴.

3 Lovera A. Fuentes D. Actividades relacionadas con la práctica y Tipos de terapias de medicina alternativa y Complementaria en Lima y Callao (Perú). Vitae, Revista de La Facultad de Química Farmacéutica ISSN 0121-4004 / ISSNE 2145-2660. Volumen 20 número 2, año 2013.

4 Pfizer. Cada Minuto Cuenta. Manual, yo y el cáncer metastásico. Tú guía personal acerca del cáncer metastásico. PER-CO41217034 - 11/17. Página Web <http://www.pfizer.com.pe/sites/g/files/g10041451/f/201711/Yo%20y%20CMM%20peru%20>

Tabla 3.- MORBILIDAD DE MAYOR PREVALENCIA POR TIPO DE TERAPIA – PERIODO ENERO-SEPTIEMBRE 2017 – DATOS NACIONALES DE LOS SERVICIOS MAC DEL MINSA.

TERAPIAS	Artrosis	Dorsalgia	Ansiedad	Migraña	Obesidad	Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus	Dislipidemias	Depresión	Gastritis y Duodenitis	Venas varicosas de los miembros inferiores	Asma	Rinofaringitis crónica	Parálisis facial	Lesiones del hombro	Mialgia y otros trastornos	Enfermedad Pélvica inflamatoria	Total General
Acupuntura	563	2101	204	258	110	9	98	28	102	83	145	55	128	92	187	292	30	4485
Auriculoterapia	50	136	87	7	9	7	24	0	66	2	10	0	0	16	22	115	0	551
Craneopuntura	11	45	64	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	128
Moxibustión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ventosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Osteopatía	35	201	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7	3	0	253
Quiropraxia	0	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89
Masoterapia	4564	13652	3	18	8	0	10	0	39	0	47	98	0	1725	4157	681	0	25002
Terapia Neural	624	2153	377	244	108	7	73	28	3	75	142	53	128	23	267	130	30	4445
Reflexología	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	7
Mente-cuerpo	118	609	190	22	1	2	4	0	32	0	0	0	0	0	50	44	0	1072
Homeopatía	0	0	4	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Fitoterapia	0	0	1	0	1	1	3	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	9
Trofoterapia	107	70	17	22	62	1	63	0	56	64	7	1	0	16	3	126	0	615
Terapia Floral	29	64	84	8	8	0	10	0	249	0	0	0	0	6	5	85	0	548
Bioenergética	13	30	3	6	0	3	6	21	4	0	0	0	0	5	4	29	0	124
Laserterapia	55	187	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	184	219	18	0	663
Total General																		38018

Fuente.- Oficina de Estadística del MINSA-Perú.

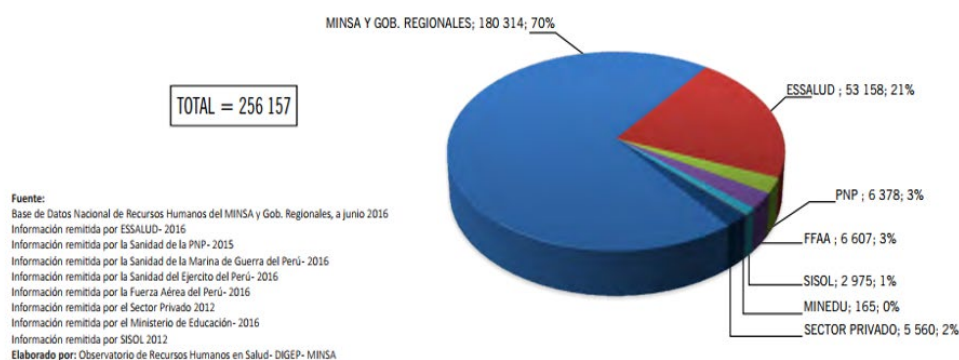
El Instituto Peruano de Investigación Fitoterápica Andina (IPIFA)⁵, una asociación privada, sin fines de lucro, científica, médico - asistencial y promocional, legalmente constituida en Lima en el año 1983. Esta organización promueve el uso de plantas medicinales y realiza investigaciones en el tema.

Recursos humanos formados en Medicina Alternativa y Complementaria

Según datos actualizados al 2016 del Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de la Salud⁶, existen 256 157 profesionales de la salud asistenciales a nivel nacional: 39 976 médicos, 42 650 enfermeras, 15 018 obstetras, 5 706 odontólogos, 2 013 biólogos, 94 ingenieros sanitarios, 1 879 nutricionistas, 2 777 psicólogos, 2 595 químicos-farmacéuticos, 70 químicos, 4 788 tecnólogos médicos, 273 médicos veterinarios, 2 124 trabajadores sociales, 356 técnicos especializados, 59 544 técnicos asistenciales y 9 063 auxiliares asistenciales, distribuidos en el MINSA y Gobiernos Regionales, ESSALUD (seguro social), PNP (policía nacional del Perú), FFAA (fuerzas armadas: marina, fuerza aérea, ejército del Perú), SISOL (Sistema Metropolitano de la Solidaridad), MINEDU (Ministerio de educación) y sector privado. Ver Gráfico 1. Gráfico 1.- Recursos Humanos del Sector Salud según institución, Perú 2016.

RHUS
DEL SECTOR SALUD
EN INSTITUCIONES

RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR SALUD SEGÚN INSTITUCIÓN, PERÚ 2016



Esta cantidad aún resulta insuficiente, pues solo contamos con 29,6 recursos humanos en salud por cada 10.000 personas, mientras que Chile tiene aproximadamente 40 por cada 10.000 habitantes. Estamos por debajo del promedio latinoamericano⁷. Los profesionales de

14nov2017.pdf Visualizada el 07/01/2018.

5 Ver <http://www.ipifa.org/docs/quienes.html>

6 Ministerio de Salud. Registro Nacional del Personal de la Salud 2016. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Perú. – Lima. Edición 2016.

7 Manuel Mayorga. Página Web <https://peru.com/actualidad/nacionales/peru-necesita-55-mil-profesionales-salud-upn->

la salud son insuficientes para atender la demanda nacional en medicina convencional y mucho más insuficiente para atender en Medicina Alternativa y Complementaria.

En lo que respecta a la oferta de formación profesional en Medicina Tradicional y Complementaria, algunas universidades (aproximadamente 10) dictan dentro de su currículo de pregrado el curso de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria, para las facultades de medicina humana, medicina veterinaria, enfermería, obstetricia, farmacia y bioquímica, en la mayoría de ellos como curso electivo.

Con respecto a postgrado, actualmente existen los siguientes programas:

- Maestría en Productos Naturales y Recursos Terapéuticos en la Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Farmacia y Bioquímica, ver: <http://pg.unitru.edu.pe/images/Maestrias/FarBioq/04productnat.pdf>
- Maestría en Productos Naturales y Biocomercio, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Farmacia, ver: <http://farmacia.unmsm.edu.pe/upg/maestria.html>
- Maestría en Bioenergética, Universidad Católica Santa María, ver: <http://www.ucsm.edu.pe/e-postgrado/mp-ciencias-salud/>
- Segunda especialidad en Medicina Complementaria y Alternativa, Universidad José Carlos Mariátegui, ver: http://ujcm.edu.pe/sites/default/files/field/transparencia/mallas/posgrado/2da_especialidad/malla-2-medicina_complementaria.pdf
- Diplomatura en Terapias Alternativas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ver: <http://upg.medicina.unmsm.edu.pe/index.php/terapias-alternativas>

También en el Perú, se cuenta con Institutos Superiores que dictan cursos de Medicina Alternativa y Complementaria o sus terapias y se encuentran reconocidos por el Ministerio de Educación de Perú, e incluyen: medicina tradicional china y sus terapias, reiki, reflexología, meditación y relajación, yoga, entre otras. Algunos de ellos son:

- Instituto de Comunicación y Desarrollo Humano (ICODEH), que ha sido registrado en CENSI, ver <http://www.icodeh.com.pe/>
- RunaWasi ver <http://www.mantrasurbanos.pe/?p=340>

Hana Perú, ver <https://hanasaludybienestar.com/> También dictan carreras en terapias complementarias de 1 a 4 años de duración, las Asociaciones Privadas, registrados en la Superintendencia de Registros Públicos (SUNARP) con filiación internacional, como:

- Escuela Neijing Perú, registrada en CENSI, ver <http://www.escuelaneijing.org/es/>
- Escuela Shendao Sanadores, registrada en CENSI, ver <http://www.shendao-sanadores.com/>

- Escuela Nacional de Reiki “Sanar con Reiki”, registrada en CENSI, ver <http://www.sanarconreiki.org/>
- Instituto Maharishi del Perú, ver <http://peru.meditacion.net/>
- Instituto Peruano de Terapia Pránica, ver <http://www.pranicaperu.com/#>
- Centro de Reflexoterapia Hermanas de San Pablo de Chartres, ver <http://www.reflexoperu.com/>

Si bien la cantidad de profesionales de la salud en el Perú es insuficiente para la demanda del país, tanto en medicina convencional como en MTC, también es cierto que existe personal “no convencional” preparado en Escuelas e Institutos Superiores, muchos de ellos con carreras en terapias complementarias de hasta 4 años de preparación y que no están siendo considerados en el sistema nacional en salud. Por lo anterior en la propuesta de Ley 1489/2016-CR, que regula el ejercicio y la práctica de la Medicina Alternativa y Complementaria, se está considerando también a los terapeutas.

En el Perú, también se cuenta con organizaciones privadas legalizadas como:

- La Asociación Peruana de Acupuntura y Moxibustión como Asociación Médica, Resolución Ministerial N° 134 -2008/MINSA.
- La Sociedad Peruana de Medicina Alternativa y Complementaria, creada en el año 2002, Resolución del Ministerio de Salud N° 975 – 2002 SA/DM, Resolución Directoral N° 00127 / INC – 2003, Resolución del Comité Ejecutivo Nacional N° 4031 – Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, en base a la Sociedad Peruana de Medicina Biológica, la misma que está conformada por médicos y está reconocida por el Colegio Médico del Perú, como una Sociedad Científica. <http://www.spemac.org/>
- La Asociación Peruana de Enfermería Alternativa y Complementaria (APENFAC), asociado al Colegio de Enfermeros del Perú.

Igualmente en el Perú existen aseguradoras por reembolso, que cubren el pago de las atenciones en clínicas en Lima y provincias ya sean ambulatorias, hospitalarias, emergencias, maternidad, oncológico, médicos a domicilio, chequeos preventivos, entre otros beneficios detallados en cada plan que ofrecen con terapias alternativas y complementarias, estas son:

- Seguros MAPFRE, empresa aseguradora privada, tiene como cobertura en el seguro de salud que oferta la acupuntura, homeopatía y quiropráctica⁸.
- Seguros La Positiva también ofrece dentro de coberturas especiales: la acupuntura, homeopatía y quiropráctica⁹.

8 Ver página web Seguros MAPFRE. https://landing.mapfre.com.pe/trebol-salud/?ga=2.31606270.1549268565.1515207275-329983670.1515207275&gac=1.119060731.1515207275.Cj0KCQiA4bzSBRDOARIsAHJ1UO7cv2kX5glmTjB-IAnk5IWQAL4BH5SqsNOFeaKLkghXyB4xwsh2H4aAhy9EALw_wcB

9 Ver página web Seguros La Positiva: <https://www.lapositiva.com.pe/wps/webcorporativa/principal/seguros/empresa-salud/1660/c-1660>

- El Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA, también tiene dentro de su cobertura la acupuntura y la terapia neural.

Investigaciones

En lo que respecta a las investigaciones el INS cuenta con la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública indexada en Scopus y Elsevier.

Sin embargo, no se cuenta con normas específicas para realizar investigaciones en Medicina Alternativa y Complementaria en ensayos clínicos, pues el Decreto Supremo N° 021-2017-SA Reglamento de ensayos clínicos solo contempla la investigación con medicamentos, existiendo un vacío legal al respecto.

Tampoco existe un presupuesto adecuado para realizar investigaciones en estas terapias, pues el asignado es exiguo.

Falta formar recursos humanos que se dediquen íntegramente a la investigación en este campo.

Falta diseñar guías, políticas y normas que permitan realizar investigaciones de la MTC, considerando el paradigma holístico, ya que las herramientas utilizadas en la investigación actual son insuficientes para comprobar el tema energético, transgeneracional y de efecto a distancia que abarcan las terapias complementarias.

Desafíos y Perspectivas

Actualmente para el Perú es un gran desafío regular la Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria, estableciendo normas que regulen el ejercicio y la práctica de las mismas, en la que se involucren a todos los recursos humanos que las practican en el territorio nacional, sin discriminación. La OMS¹⁰ refiriéndose a la práctica y profesionales de la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) ha definido que los profesionales de MTC pueden ser: *“prácticos de medicina tradicional o de medicina complementaria, profesionales de medicina convencional, y agentes de atención sanitaria tales como médicos, odontólogos, enfermeras, parteras, farmacéuticos y fisioterapeutas que prestan servicios de medicina tradicional/medicina complementaria y alternativa a sus pacientes”*. (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023, página 31).

Para el Perú es un gran reto insertar la MTC en la atención Primaria de Salud, considerando el bajo presupuesto asignado al sector salud para estas actividades y la escasez de recursos humanos especializados en esta área.

10 OMS. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023. OMS-2013, 76 páginas.

Construir establecimientos de salud con ambientes adecuados para aplicar las diferentes terapias de la MTC, es otro gran desafío en el Perú.

Fortalecer los servicios de Medicinas Alternativas y Complementarias existentes con recursos humanos capacitados que garanticen el uso seguro y eficaz de estas modalidades terapéuticas y realizar investigaciones en estas terapias es otro gran desafío para nuestro país, debido al poco presupuesto asignado para este fin. Un aspecto importante para avanzar en este sentido es el establecimiento de redes de investigación en MTC a nivel Latinoamericano que permita desarrollar colaboraciones y plantear soluciones conjuntas frente a los retos, incluyendo la falta de presupuesto, y evitar la duplicidad de esfuerzos.

También es necesario avanzar en documentar y realizar investigación en los modelos de integración de MTC implementados en los países Latinoamericanos, así como los sistemas de vigilancia y farmacovigilancia, en especial aquellos que aplican APS en sus respectivas naciones.

Se debe promover entre los países latinoamericanos, reuniones conjuntas que tengan como objetivo desarrollar acuerdos para mejorar el aseguramiento de la calidad, la eficacia, y seguridad de las plantas medicinales, incluyendo un programa de vigilancia y control de los productos naturales y/o Fitoterapéuticos, de los productos homeopáticos y sistemas florales utilizados en la terapia floral.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Salud Intercultural. Información General Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/censi/censi-c1/informaciongeneral/organigrama-censi>. Acceso el 06/01/2018.
2. Pfizer. Cada Minuto Cuenta. Manual, yo y el cáncer metastásico. Tú guía personal acerca del cáncer metastásico. PERCO41217034 - 11/17. Disponible en: <http://www.pfizer.com.pe/sites/g/files/g10041451/f/201711/Yo%20y%20CMM%20peru%2014nov2017.pdf>. Acceso el 07/01/2018.
3. Instituto Peruano de Investigación Fitoterapica Andina (IPIFA). Disponible en: <http://www.ipifa.org/docs/quienes.html>. Acceso el 07/01/2018.
4. Ministerio de Salud. Registro Nacional del Personal de la Salud 2016. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Perú. – Lima. Edición 2016. Manuel Mayorga. Disponible en: <https://peru.com/actualidad/nacionales/peru-necesita-55-mil-profesionales-salud-upn-medicos-enfermeras-noticia-462281>. Acceso el 08/01/2018.
5. Lovera A.; Fuentes D. Actividades relacionadas con la práctica y Tipos de terapias de medicina alternativa y complementaria en Lima y Callao (Perú). **Vitae, Revista de La Facultad de Química Farmacéutica** ISSN 0121-4004 / ISSNE 2145-2660. Volumen 20, número 2, año 2013.
6. Lovera A. Tesis. Regulación en Medicina Alternativa y Complementaria en América Latina: Experiencia y Reglamentación en países seleccionados. Fundación Oswaldo Cruz- Escuela Nacional de Salud Pública – 2014. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis-lind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719718&indexSearch=ID>. Acceso el 06/01/2018.
7. Valenzuela F. Oferta y demanda de servicios de salud con terapias alternativas y complementarias en los hospitales del Ministerio de Salud en las ciudades de Arequipa, Lambayeque y Lima – 2006. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/07/jer/censi_oferestu/RESUMEN_OFERTA_DEMANDA_MAC_2006.pdf. Acceso el 07/01/2018.
8. OMS. **Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023**. OMS-2013, 2014.76 p.
9. Seguros MAPFRE. 2018. Disponible en: https://landing.mapfre.com.pe/trebol-salud/?_ga=2.31606270.1549268565.1515207275-329983670.1515207275&gac=1.119060731.1515207275.Cj0KQCQiA4bzSBRDOARIsAHJ1UO7cv2kXj5glmTjB-IAnk5IW-QAL4BH5SqsNOFeaKLkghXyB4xwsh2H4aAhy9EALw_wcB. Acceso el 06/01/2018.

10. Seguros La Positiva. Disponible en: <https://www.lapositiva.com.pe/wps/webcorporativa/principal/seguros/empresa-salud/1660/c-1660>. Acceso el 06/01/2018.
11. ESSALUD. Informe Memoria Anual MEC. 2017. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/gcps/medicina_complementaria/Estadisticas/INFORME_MEMORIA_ANUAL_MEC_2017.pdf. Acceso el 06/08/2018.
12. Ministerio de Salud. **Informe Oficina Estadística 2017**. MINSA 2018.
13. Instituto Nacional de Salud. Informe de Gestión Plan Operativo Institucional 2016. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/transparencia/planes-y-politicas/informes-de-evaluacion-del-pei-y-poi-ins>. Acceso el 20/08/2018.
14. Instituto Nacional de Salud. Informe de Gestión Plan Operativo Institucional 2017. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/transparencia/planes-y-politicas/informes-de-evaluacion-del-pei-y-poi-ins>. Acceso el 20/08/2018.

2



Historia de la medicina complementaria en el seguro social de salud del Perú

Martha Villar López

El Perú es el tercer país con mayor extensión en Sudamérica y fue el centro de una de las seis culturas que dieron origen al mayor conocimiento de la humanidad, la cultura Inka, la misma que se caracterizó por una medicina tradicional muy rica que se sigue practicando hasta ahora, por el 78% de la población¹. Además, éste se encuentra situado dentro de los diez países con mayor biodiversidad a nivel mundial, tiene 28 de los 32 climas existentes en el mundo y 84 de las 103 zonas de vida que tiene el planeta, se calcula que aproximadamente cuenta con 40,000 especies de plantas, de las cuales alrededor del 20% tienen propiedades medicinales².

Este fue el contexto que llevó a plantear la necesidad de crear un Instituto de Medicina Tradicional – IMET, en el año 1992, en el Seguro Social de Salud, entidad que tiene bajo su responsabilidad el cuidado de la salud del 30% de los peruanos. El IMET, está ubicado en la región de Selva, en el departamento de Loreto. Su principal objetivo es realizar investigación científica sobre Medicina Tradicional y Complementaria con énfasis en plantas medicinales a través de estudios pre-clínicos; contribuyendo al respaldo científico de los métodos usados en Medicina Complementaria, y desarrollando la base para la realización de estudios clínicos que contribuyan al desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas para la prevención y recuperación de la enfermedad y la promoción de la salud, satisfaciendo las necesidades de la población asegurada. El estudio de las plantas medicinales de la Amazonía Peruana contribuye a evitar su depredación, es por ello que se construyó un Jardín Botánico que en la actualidad tiene más de 500 especies medicinales y es un referente importante en el Perú para conocer las plantas medicinales del país. Así mismo tiene un Banco de germoplasma que cuenta con 500 semillas y tiene un Catálogo de plantas medicinales del Jardín Botánico. El IMET está conformado por tres departamentos de investigación: departamentos de etnobotánica, farmacognosia, farmacología y toxicología.

Imagen 1: Jardín Botánico del IMET – Iquitos / Vivero de plantas medicinales.



El departamento de Etnobotánica cuenta con una Red de Curanderos, con los que se trabajan los inventarios de plantas medicinales de su comunidad y se les capacita en biosegu-

ridad en la manipulación y preparación de las plantas y sus derivados con calidad, así también se les informa de la inocuidad y toxicidad de las plantas medicinales, aspectos que deben ser considerados al momento del uso de la medicina tradicional. Este departamento también se encarga del cuidado del Jardín Botánico, del vivero, del banco de germoplasma y de una biblioteca con las excicatas de todas las plantas del Jardín Botánico y los estudios de agrotecnia y trazabilidad para asegurar cultivos sostenibles de plantas medicinales, respetando la conservación de la biodiversidad y evitando la deforestación. Se trabajó en este departamento numerosos libros sobre etnomedicina de la zona y se editó revistas de difusión.

El departamento de Farmacognosia tiene un laboratorio donde se realiza el tamizaje fitoquímico y la preparación de los extractos de plantas medicinales que son estandarizados y estabilizados, para luego realizar investigaciones de mapeo fitoquímico de cada planta medicinal y el reconocimiento de su marcador químico, a través de colaboraciones con diversos laboratorios a lo largo del país. Este departamento ha logrado la elaboración de varios prototipos de productos naturales, tales como: óvulos de *Bixa Orellana* para las vaginosis; cápsulas de *Ciclanthera pedata* para las hiperlipidemias; tabletas del liofilizado de *Uncaria tomentosa* con actividad antiinflamatoria; el Nutraceite Omega 3 para las hiperlipidemias, la pomada Dermoimet para el tratamiento de la Epidermolisis bulosa, pie diabético, entre otras.

El departamento de Farmacología y toxicología, realiza tanto el estudio de citotoxicidad, toxicidad aguda, subcrónica y crónica y las toxicidades específicas como genotoxicidad, neurotoxicidad, entre otras; así como los efectos farmacológicos de las plantas medicinales. El departamento cuenta con protocolos basados en normas internacionales para la búsqueda de los efectos antihipertensivos, antiinflamatorios, analgésicos, hipoglicemiantes, entre otros. Así mismo se tiene un bioterio que cumple la normatividad vigente del Instituto Nacional de Salud.

Imagen 2: Laboratorio de Farmacognosia.



El departamento de Etnomedicina se encarga de corroborar la información brindada por la Red de Curanderos, con respecto a los usos y aplicaciones médicas de las plantas medicinales, haciendo trabajo de campo y entrevistando a las personas que recibieron dicha medicina tradicional. También tiene a su cargo la elaboración de nuevos planes de tratamiento, en base a plantas medicinales, para pacientes con enfermedades crónicas que no han logrado una respuesta satisfactoria al tratamiento farmacológico convencional, o pacientes con polifarmacia.

Los logros del Instituto de Medicina Tradicional en sus 26 años son varios, entre ellos están el haber contribuido en la validación científica de varias plantas medicinales y su utilización en la salud pública, tales como: *Uncaria tomentosa*, *Uncaria guianensis*, *Bixa Orellana*, *Ciclanthera pedata*, *Croton lechleri*, *Aloe vera*, *Plukenetia volubilis*, *Geranium ayavacense*, *Tabebuia obscura*, *Curcuma longa*, *Physalis angulata*, *Morinda citrifolia*, *Lupinus mutabilis*, *Desmodium molliculum*, *Tiquilia paranichyoides*, *Berberis vulgaris*, *Gentianella alborosea*, *Schkuhria pinnata*. Además de ello, se ha logrado elaborar prototipos de productos naturales inscritos en el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual- INDECOPI, como productos únicos en su especie como patentes: Dermoimet para la epidermolisis bulosa y Nutraceute Omega 3 para el tratamiento de hiperlipidemias. Otros logros importantes son los diversos premios obtenidos en los concursos de investigación de Ciencias de la Salud a nivel Nacional: “Premio Kaelin” hasta en 5 oportunidades y el logro de ser uno de los ganadores de financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Científico, Tecnológico y de Innovación Tecnológica-FONDECYT-CONCYTEC - Perú, en el concurso nacional “Círculo de Investigación en Ciencia y Tecnología”. Paralelamente a estos eventos el IMET-ESSALUD ha venido realizando una serie de publicaciones científicas.

Actualmente el IMET es parte importante de la Gerencia de Medicina Complementaria, como área de investigación pre clínica, que da el sustento a toda la investigación clínica desarrollada por esta Gerencia.

La historia de la Medicina Complementaria en el Seguro Social de Salud comenzó con el IMET, pero siguió avanzando. En 1994, en una evaluación realizada por la Gerencia de Recursos Médicos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, se realizó un análisis del consumo de medicamentos, determinando que los medicamentos de mayor consumo eran los antiinflamatorios, los analgésicos, los antihipertensivos y los ansiolíticos, esto condujo a que se planteara la necesidad de buscar otras formas de ayudar al paciente a mejorar sus niveles de salud. Dicha inquietud dio lugar a la realización de una experiencia piloto en uno de los Policlínicos del Seguro Social de Salud, ubicado en el Callao – Lima.

Se inició la experiencia piloto con el uso de plantas medicinales y acupuntura en pacientes con gonartrosis, que fue evaluada un año después, a través de un trabajo de investigación que recibió el Premio Kaelin en el año 1995, premio otorgado por el Seguro Social de Salud a las mejores investigaciones³. En este estudio se evaluó la eficacia de la Medicina Complementaria con sus dos métodos (acupuntura y fitoterapia) y se determinó una eficacia del 70% en 100 pacientes estudiados comparativamente con la medicina convencional. En este contexto, la Gerencia Central de Producción de Servicios de Salud decide realizar un estudio de demanda con la Escuela Superior de Administración y Negocios – ESAN para determinar la demanda de los asegurados por la Medicina Complementaria. Dicho estudio de demanda que fue realizado en Lima y en el Callao, en el Hospital IV Alberto Sabogal, Hospital III Angamos, y Hospital III Miguel Grau, mostró que el 86% de la población asegurada entrevistada estaban dispuestos a recibir un tratamiento con Medicina Complementaria⁴.

En razón a los resultados obtenidos, en el año 1997 se convoca a un equipo de médicos y profesionales de la salud para el diseño y propuesta del Programa Nacional de Medicina Complementaria, que fue creado el 07 de junio del año 1998, en tres localidades: Lima, Arequipa y La Libertad.

Se diseñó el programa con una visión de complejidad, con 7 principios fundamentales: 1) integralidad, 2) interdependencia, 3) complementariedad, 4) equifinalidad, 5) transdisciplinariedad, 6) totalidad viva y 7) consciencia. Estos principios han marcado todo el actuar del desarrollo de la Medicina Complementaria en el Seguro Social de Salud- EsSalud. Los métodos terapéuticos que se utilizan en EsSalud son cinco: 1) acupuntura y sus diversas formas, 2) medicina natural o terapias biológicas, 3) terapias manuales, 4) terapias energéticas y 5) terapias cuerpo-mente.

Se inició la experiencia con la convocatoria de 25 profesionales, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos y tecnólogos en medicina física y rehabilitación, que fueron sometidos a un programa de formación profesional por tres años consecutivos; con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Este programa contó con el auspicio del Colegio Médico del Perú y con docentes de diversas partes del mundo: China, Japón, India, España, Italia, Alemania, Estados Unidos, Colombia, Brasil, Chile, Argentina, entre otros; además de las enseñanzas brindadas por los maestros curanderos y agentes de la Medicina Tradicional Peruana de la costa, de la sierra y de la selva. Este programa sirvió de base para que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos creara en el año 2005 la Diplomatura de Terapias Alternativas, en la Unidad de

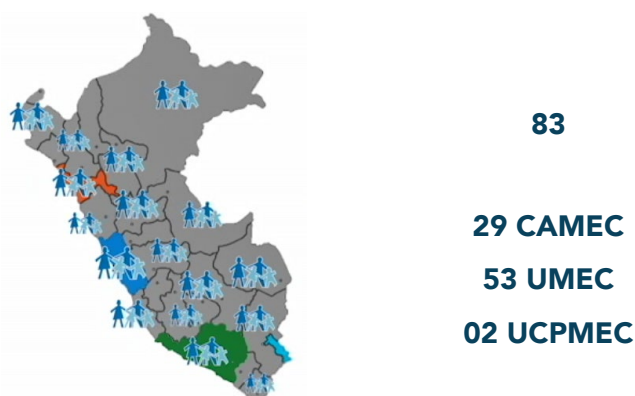
³ IPSS Premio Kaelin, Trabajos Ganadores, 1995.

⁴ ESAN Estudio de Demanda de la Medicina Complementaria en el Instituto Peruano de Seguridad Social, 1997.

Post-Grado, que ha continuado hasta la actualidad y viene desarrollándose, contando con más de 600 profesionales egresados, que han servido de sustento en el crecimiento de la Medicina Complementaria en el Perú.

Al cabo de dos años de implementarse el programa, en el año 2000, a través de un Convenio de Cooperación, el Seguro Social de Salud solicita a la Organización Panamericana de la Salud, una evaluación de costo/efectividad del Programa Nacional de Medicina Complementaria. Para dicho estudio se contrató a la Consultora CIPRODES, que junto a la representación de la OPS/OMS en Perú, realiza el Estudio de Costo/efectividad de Medicina Complementaria vs. Medicina Convencional⁵ para nueve patologías crónicas de mayor prevalencia en la institución. Los resultados fueron presentados en un libro, llegando a determinar que la Medicina Complementaria era más costo/efectiva que la Medicina Convencional, entre un 53 a 63% para las siguientes patologías: artrosis, dorsalgias, ansiedad-depresión, enfermedad ácido péptica, hipertensión arterial leve a moderada, obesidad, asma, cefalea tensional y parálisis facial. Este estudio es referenciado en el documento emitido por la Organización Mundial de la Salud: Estrategia de la OMS 2002 al 2005⁶.

Imagen 3: Oferta de Medicina Complementaria en EsSalud.



Es a partir de este estudio que EsSalud toma la decisión de extender la Medicina Complementaria a nivel nacional, a través de la creación de los Centros de Atención de Medicina Complementaria – CAMEC. Se creó un CAMEC para cada una de las 29 Redes Asistenciales, con el objetivo de ser puntos focales para desarrollar la MEC en los diversos establecimientos de salud ubicados en los tres niveles de atención. En el año 2013, se terminó de crear el último CAMEC. Estos centros, permiten formar profesionales de la salud de los diversos centros asistenciales de las redes, lo que a su vez facilita continuar extendiendo la oferta de MEC en el primer nivel de atención. En los CAMEC se forman a los pacientes como promotores de vida sana, que actúan como voluntarios realizando labores de educación en salud en todos los establecimientos de salud. En los CAMEC también se ubican las farmacias naturales que son las encargadas de desarrollar productos galénicos que pueden ser distribuidos a las Unidades

básicas de atención de Medicina Complementaria – UMEC (ubicados en los establecimientos de primer nivel de atención de las redes). Los CAMEC son la cabeza de la Red Asistencial en Medicina Complementaria ya que tienen la responsabilidad de planificar, gestionar, monitorear y evaluar el desarrollo de la misma en su Red Asistencial.

En el año 2007, se generaliza la experiencia en los establecimientos de primer nivel de atención, a través de las Unidades Básicas de Medicina Complementaria- UMEC. En la actualidad se cuenta con 54 UMEC alrededor del país, y se espera poder desarrollarlas en los restantes establecimientos del primer nivel de atención. Las UMEC están conformadas por un médico y una enfermera, y manejan fundamentalmente dos métodos: medicina natural y terapias cuerpo–mente, además de fortalecer los aspectos culturales, la identidad y los valores en los asegurados y población en general, siguiendo los tres principios que rigen el Programa Reforma de Vida: Alimentación Celeste, Alimentación Terrestre y Alimentación Humana. Las UMEC tienen el papel fundamental del cuidado de pacientes con patología de baja complejidad y el cambio de visión del paciente con respecto a la salud y enfermedad: hacer tomar consciencia al paciente que la enfermedad es una oportunidad de cambio que la vida le da para alcanzar la salud, así como la responsabilidad que tiene en autogestionar su salud, la de su familia y la de su comunidad. En las UMEC se ayuda a los pacientes a entender, que la forma de crecer como ser humano es el servicio con amor, servicio que muchos de los pacientes realizan como motivadores de vida sana, fomentando y difundiendo estilos de vida saludables, transformándose en un agente activo de cambio, que junto a los profesionales de la salud conforman la Red de Soporte al Cambio, estrategia que busca volver consciente a las personas que todos somos responsables del cambio en nuestra sociedad. Además se tienen los parques en movimiento y los grupos demostrativos.

Imagen 4: Intervenciones en la comunidad con los promotores y motivadores de vida sana (yoga y tai chi).

Además de contar con CAMEC y UMEC, el Seguro Social cuenta con Unidades de Cui-



dados Paliativos con Medicina Complementaria - UCPMEC en los hospitales de tercer nivel de atención, enfocados fundamentalmente a aliviar y cuidar la salud de los pacientes con patologías de difícil resolución y que son considerados sin opción terapéutica en la medicina convencional. Actualmente contamos con 1 unidad de cuidados paliativos, donde se tiene un equipo completo de profesionales de la salud y se prepara a los familiares como cuidadores de vida, para dar el soporte adecuado a su paciente, así como se prepara a aquellos pacientes terminales al Buen Morir, con una muerte digna.

En la búsqueda de brindar una atención de calidad es que en el año 2013 se desarrolló la estrategia de Farmacias Naturales, las que en la actualidad son 16, idealmente debiéramos tener una en cada uno de nuestros CAMECs, sin embargo, aún nos falta completar en 13 de ellos. Se ha priorizado aquellas Redes Asistenciales que tienen Unidades básicas de Medicina Complementaria y requieren una red para manejar los productos, recursos e insumos útiles en Medicina Complementaria - PRI. Se desarrolló la cadena de suministro necesario para brindar productos de calidad a nuestros asegurados y para ello se incluyeron dentro del equipo de profesionales de la salud a los químicos farmacéuticos, los mismos que tienen como funciones: garantizar la calidad de los PRI, la vigilancia en su utilización, la elaboración de productos galénicos, la dispensación, el reporte de los efectos adversos e interacciones y el desarrollo de la cadena de valor de las plantas medicinales, los botiquines naturales y los biohuertos medicinales. La iniciativa de las Farmacias Naturales ganó el concurso de innovación en el Perú en el año 2014.

Imagen 5: Farmacias Naturales.



La Gerencia de Medicina Complementaria de EsSalud, utilizando el enfoque del cuidado de la salud, implementa desde el año 2012 el Programa Reforma de Vida para los trabajadores activos de las entidades empleadoras, con el objetivo de identificar tempranamente

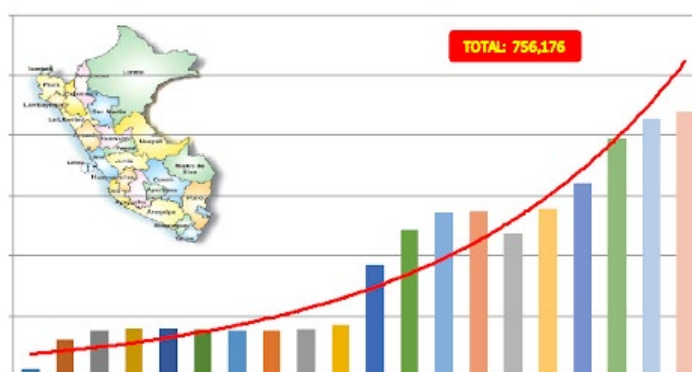
a los trabajadores con estilos de vida inadecuados y aquellos con síndrome metabólico pre mórbido, que podrían ser revertido su estado de riesgo a un estado saludable. Es en ese contexto que se diseña el Programa Reforma de Vida con tres pilares fundamentales: Alimentación Celeste, Alimentación Terrestre y Alimentación Humana, donde la base del desarrollo es la interculturalidad.

La dimensión de la alimentación celeste comprende el proyecto de vida, como un eje orientador de la persona y su deseo de desarrollo, la respiración, la actividad física, el cuidado del ambiente y el manejo del descanso o tiempo libre. En la dimensión de la alimentación terrestre se promueve la valoración del planeta como nuestra madre tierra, se escogen y se seleccionan los alimentos que la tierra produce, se los combina y prepara para luego presentarlos a la mesa de la mejor manera posible, además se les enseña el buen comer, el consumo del agua y la higiene. Por último, en la dimensión de la alimentación humana, se incluye la identidad de la persona, su autoestima, las relaciones humanas, el manejo del estrés y el cultivo de los valores y de la espiritualidad. Estas tres dimensiones, o “alimentos” son cruciales para que una persona encuentre su rol en la sociedad y se desarrolle en ella. En la actualidad, este programa logró tamizar a más de 700,000 trabajadores, encontrando que el 23% de ellos presentaron síndrome metabólico pre mórbido, logrando intervenir a más de 150,000 trabajadores, logrando controlar su síndrome metabólico al 22% de ellos y formando más de 4,000 líderes de salud en los centros laborales para fidelizar el cambio.

Imagen 6: Sesiones de Reforma de Vida / Firma de Alianzas

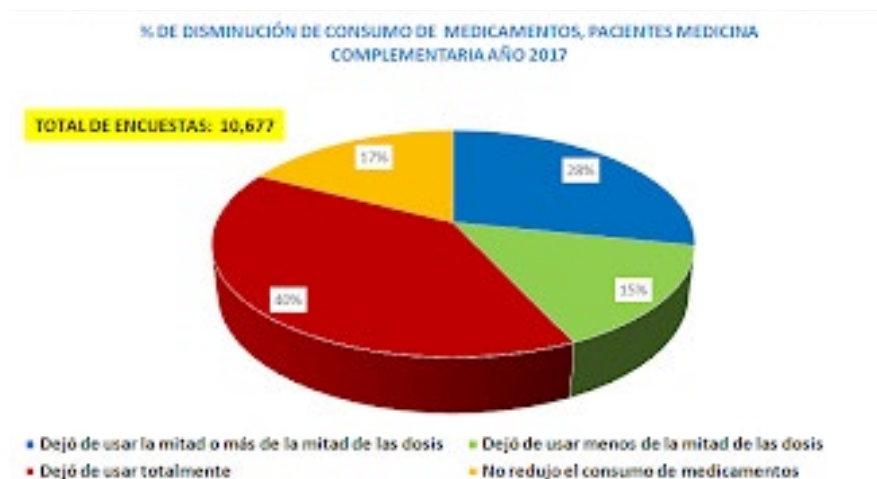


En 1998 se inició la atención con Medicina Complementaria en los centros asistenciales de EsSalud, se atendía un promedio de 2,500 pacientes al año. Actualmente se atienden a más de 80,000 pacientes por año. Durante el funcionamiento del programa se han realizado más de 1 millón de consultas, dispensándose en nuestras farmacias naturales más de 200,000 recetas por año, se realizan cerca de 135,000 preparados farmacéuticos, siendo los de mayor uso los Fitoterápicos con 47,916 productos.



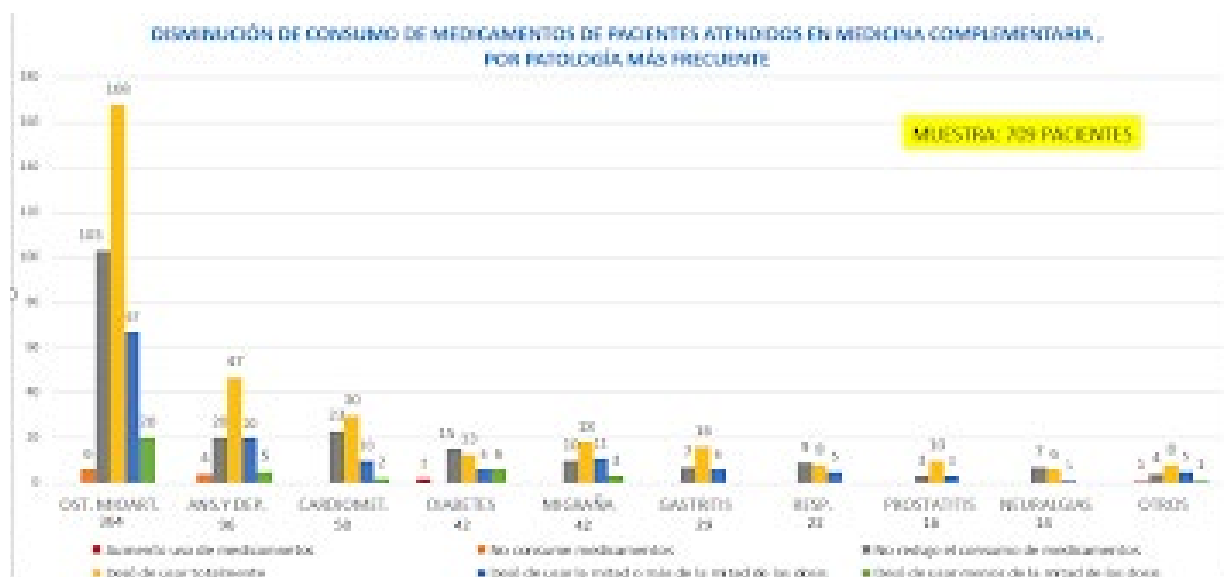
Fuente: Informe de Gestión de MEC - 2017

Respecto a los indicadores de calidad, la satisfacción del asegurado está por encima del 90%, siendo el parámetro mejor evaluado la empatía. Se ha logrado un consumo racional de medicamentos; en un total de 10,667 encuestas realizadas, el 83% de los pacientes reportó haber reducido el consumo de sus medicamentos en alguna medida, 3,011 pacientes (28%) contestaron que dejaron de usar la mitad o más de la mitad de su dosis habitual y 4,226 (40%) pacientes contestaron que dejaron de usar el total de su medicación; 1,584 (15%) dijo que dejó de usar menos de la mitad de su dosis y solo 1,856 (17%) pacientes contestaron que no redujeron el consumo de sus medicamentos. Esto se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Informe de Gestión de MEC - 2017.

Así también en el seguimiento de la reducción del consumo de medicamentos, en una muestra de 709 pacientes separados por patología, se constató que el grupo farmacológico que más se reduce son los antiinflamatorios, seguido de los ansiolíticos y antidepresivos. Se muestra en el siguiente gráfico.



Fuente: Informe de Gestión de MEC - 2017

Respecto a la evolución administrativa, en el año 2009, Programa de Medicina Complementaria pasó de ser un Programa Nacional a convertirse en la Dirección de Medicina Complementaria. Posteriormente, en el año 2015 se ubica como una Gerencia de Línea de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, lo que le permite contar con una estructura dentro del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud, lo que a su vez facilitó el desarrollo de las áreas de investigación clínica y el centro de información.

En el año 2016, EsSalud realizó el lanzamiento de la Revista Peruana de Medicina Integrativa, una publicación científica revisada por pares. Ese mismo año se crea el Centro de Investigación Clínica, el cual cuenta con registro avalado por el Instituto Nacional de Salud, y donde actualmente se vienen desarrollando estudios clínicos con los diversos métodos de la Medicina Complementaria. Además, dispone de un Centro de Información en Medicina Complementaria, donde se cuenta con base de datos, revistas de investigación especializada, libros y videoteca relacionada a la temática.

En el año 2017 se conforma la Red Latinoamericana de Medicina Tradicional y Complementaria, con la finalidad de articularse mejor con los países de la región e ir creciendo y sistematizando el desarrollo de la Medicina Complementaria.

En los 20 años que han transcurrido desde que comenzó el desarrollo de la Medicina Complementaria en el Seguro Social de Salud, la institución ha logrado: optimizar costos y contribuir con la sostenibilidad financiera institucional, alcanzar en forma continua la máxima satisfacción de nuestros usuarios, brindar el mejor cuidado de nuestros pacientes, creándoles una experiencia única en su cuidado y convirtiéndolos en socios principales para la gestión de su salud. La Medicina Complementaria ha contribuido a agregar valor a los servicios de

EsSalud al abrir la puerta hacia la interculturalidad, y al facilitar la formación de los colaboradores de EsSalud en MEC y en investigación, lo que a su vez ha incrementado el interés de los profesionales de la salud en el uso de la Medicina Complementaria.

Hay aún mucho por realizar, sólo hemos dado los primeros pasos para lograr entender la dimensión del cuidado de la salud, como la experiencia más agradable de servir a nuestro semejante con ciencia y con humanización, con arte de vivir y con el despertar de la conciencia, donde podamos sentir el dolor de nuestro hermano y extenderle la mano para que juntos avancemos en el desarrollo de la humanidad, construyendo una mejor medicina para el futuro.

Referencias Bibliográficas

1. Oblitas G., Hernández-Córdova G., Chiclla A., Antich-Barrientos M., Ccorihuamán-Cusitito L., Romaní F. Empleo de plantas medicinales en usuarios de dos hospitales referenciales del Cusco, Perú. **Rev Peru Med Exp Salud Pública**, 30(1):64-8. 2013.
2. Programa de las Naciones Unidas: **Informe 'América Latina y el Caribe: una superpotencia en biodiversidad'**. 2010. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/presscenter/pressreleases/2010/12/02/america-latina-y-el-caribe-superpotencias-de-biodiversidad.html>
3. Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS: **Premio Kaelin**, Trabajos Ganadores, 1995.
4. Escuela de Administración y Negocios – ESAN: Estudio de Demanda de la Medicina Complementaria en el Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS, 1997.
5. OPS/OMS-EsSalud: Estudio de costo efectividad del Programa Nacional de Medicina Complementaria- EsSalud, 2000. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/045400.pdf>
6. OMS: Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;-jsessionid=68B9724E2AE25935095FF40CCF551FF4?sequence=1

3



Medicina Tradicional y Complementaria en el contexto colombiano: una breve mirada

Natalia Sofía Aldana
Luisa Fernanda Benítez
Ivonne Astrid Díaz
Johanna Marcela Romero

Colombia es un país intercultural, donde al igual que en la mayoría de los países de las Américas, convergen diferentes sistemas de creencias, prácticas en salud convencionales, tradicionales, complementarias, y populares, tanto propias como traídas de otras latitudes. Para entender este pluralismo médico, e introducir un contexto de las Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas- MTCl en el país, es necesario hacerlo desde diferentes ópticas (1–3).

Este capítulo presenta un breve contexto de la Medicina Complementaria (*MTAC¹ - Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias como actualmente se denomina en Colombia*), y la Medicina Tradicional- Ancestral (MT-A) de los grupos étnicos que habitan en el país (*pueblos indígenas, pueblo ROM gitano, comunidades afrocolombianas, raizales y palenquera*). El contexto incluye información referente a los antecedentes históricos, la normativa, la situación actual, y menciona elementos del marco académico e investigativo de la MT-A² y la MTAC³⁽⁴⁾. Aunque en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano prima el enfoque convencional de atención en salud (medicina alopática, facultativa u occidental), los saberes en salud propios de grupos étnicos, así como las Medicinas Complementarias, y Alternativas también se contemplan como parte del sistema. La Ley 1438 de 2011, en su capítulo III *“Para la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, menciona dentro de sus elementos la *“Interculturalidad, que incluye entre otros, los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud”* (5). Sin embargo, se hace una distinción y legislación diferencial entre ellas. Mientras que, la Medicina Tradicional o Ancestral, MT-A, hace referencia a la medicina de los grupos étnicos de Colombia (Rom Gitanos, Pueblos Indígenas y comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras), las Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias- MTAC son definidas como *“aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico”* (6–8). Cabe aclarar que las medicinas tradicionales de otros países, como la MT China y la MT Ayurveda, se incluyen dentro de las MTAC y no como MT-A, puesto que no son propias de los grupos étnicos del país (9). Dados estos planteamientos, en este capítulo se presentarán algunos

1 Las siglas que se manejan en los documentos del Ministerio de Salud actualmente son: MCA: Medicina Complementaria y Alternativa. MT: Medicina Tradicional. MTAC: Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias. MTC: Medicina Tradicional y Complementaria (4).

2 En este capítulo se usará la sigla MT-A para referirse a Medicina Tradicional – Ancestral.

3 En este capítulo se usará la sigla MTAC para referirse a Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias.

4 En Colombia se definen grupos étnicos como *“aquellas comunidades que comparten un origen, una historia, una lengua, y unas características culturales y/o rasgos físicos comunes, que han mantenido su identidad a lo largo de la historia como sujetos colectivos. En Colombia se reconocen legalmente cuatro grupos étnicos: Indígenas, Afrocolombianos (incluye afrodescendientes, negros, mulatos, palenqueros de San Basilio), Raizales del archipiélago de San Andrés y providencia y Rom o gitano”* (6).

aspectos históricos y legislativos, así como el contexto actual de manera separada para las MTAC, y para las MT-A.

Contexto histórico de las MTAC en Colombia

En Colombia, se puede relatar la historia de las MTAC desde inicios del siglo XIX, con la llegada de la Homeopatía a América, y su expansión por EEUU, México, Argentina, y Brasil (2,10). Desde 1835, se inicia el estudio y la enseñanza de la Homeopatía de manera informal, a cargo de médicos como el Dr. José Víctor San Miguel. Posteriormente su hijo el Dr. José Peregrino San Miguel funda el “Instituto Homeopático de los Estados Unidos de Colombia” en 1865, donde en los siguientes años se publicaría la revista “La Homeopatía”. La creación de un instituto de formación favoreció la expansión de la Homeopatía por varias ciudades del país (2,10–12). Además, durante el Gobierno de Rafael Núñez se dio la creación de una cátedra de Homeopatía⁵ en la Universidad Nacional de Colombia. También, en esta época, por medio de Ley 15 de 1869, en su artículo 15 (derogada posteriormente) se dio la apertura de una sala para un hospital homeopático. Posteriormente, en 1914 se creó el Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez⁶, institución que jugaría un rol tanto en la academia como en el ámbito asistencial(2,10,11).

A mediados del siglo XX llegaron al país la Terapia Neural y la Acupuntura de la mano de médicos que viajaron a diferentes latitudes como lo fue el Dr. Germán Duque Mejía y el Dr. Fernando González (quien junto con otros médicos trajeron formalmente la Medicina Tradicional China al país⁷ luego de realizar estudios de posgrado en Acupuntura) (2,4,11). A partir de 1970 se dio un apogeo del estudio de las MTAC. Uno de los espacios más importantes en el desarrollo de las MTAC, fue la *Hacienda Los Robles*⁸, lugar donde el Dr. German Duque Mejía empezaría a ejercer la práctica clínica de las Medicinas Alternativas. A este lugar acudieron diferentes profesionales médicos interesados en otros modelos en salud, estableciéndose grupos de estudio, y espacios de aprendizajes en prácticas clínicas. Es así como, en este espacio confluyeron los conocimientos traídos de otros países y conocimientos tradicionales de la medicina indígena aprendidos por diversos personajes en años previos. Estos médicos y esta convergencia de saberes abrirían los senderos de las MTAC, permitiendo su desarrollo e innovación en el país (2,11,13). Dentro de los pioneros de las MTAC, se encuentra el Dr. Augusto Leiva, médico cardiólogo, quién promovió la difusión de la MA en el gremio médico, e invito al

5 La cátedra en la Universidad Nacional, fue creada a través de los decretos 167 de 1881 y 37 de 1882 (2,10,11).

6 Luna Osorio, José Armando. Historia Jurídica de la Homeopatía en Colombia. Tomado de <http://www.colombiasalud.com/joomla/index.php/medicina-alternativa/36-homeopatia/47-historia-juridica-de-la-homeopatia-en-colombia> Noviembre, 2010 (2).

7 No se conoce si antes de la llegada de la MT China por parte de médicos de posgrado, estos conocimientos habían sido traídos por migrantes orientales, como ocurrió en otros países de las Américas (52).

8 La Hacienda Los Robles se encuentra ubicada en Timbío, Cauca, cerca la ciudad de Popayán, en el sur de Colombia. Esta finca pertenecía a la familia del Dr. German Duque (13).

Dr. Julio César Payán de la Roche, a participar en estos grupos de estudio. El Dr. Payan, médico gineco-obstetra, aportó a la Terapia Neural un cuerpo de conocimiento y un razonamiento social, filosófico y humanístico, dando los elementos para convertirle en un sistema médico complejo, conocido actualmente como Medicina Neural terapéutica⁹. (13,14).

Entre 1970 y 1980, se difundieron y fortalecieron los conocimientos en Electromediciones de Voll, Bioenergética, Homotoxicología, y surgieron propuestas terapéuticas innovadoras como el Balance polar por parte del Dr. Francisco Ríos, y la Sintergética por parte del Dr. Jorge Carvajal y su equipo (2). También participaron en estos grupos de estudio el Dr. John Raúl Sabogal, Dr. Dairo Melo, Dr. Jorge Piñeros Corpas, Dr. Eduardo Beltrán, el Dr. Arturo O'Byrne, entre otros¹⁰ (15). Aunque los procesos legislativos de las MTAC han tenido diferentes momentos, incluyendo algunos periodos difíciles, el trabajo de estos pioneros de las MTAC, y de sus discípulos ha logrado abrir espacios de inclusión de las MTAC en Colombia, tanto a nivel de los servicios de salud, como en la academia y en la investigación (11,13).

Desde 1980, se empezaron a gestar esfuerzos para incluir las MTAC en el sistema de salud, a nivel de hospitales y centros asistenciales. Entre las experiencias más significativas se encuentran las clínicas del dolor en la Caja Nacional de Previsión –CAJANAL- y la Clínica San Pedro Claver del Seguro Social^{11 12-} y los servicios de consulta externa en los hospitales de Tunjuelito y Chapinero en Bogotá¹³. (2,4). Sin embargo, debido a los cambios legislativos de la siguiente década estos programas no tuvieron continuidad.

Con la Ley 100 de 1990 (que cambia la organización del sistema de salud en el país), algunas empresas proveedoras de servicios de salud - Entidades Promotoras de Salud –EPS-, emprenden la oferta de servicios de MTAC en la consulta médica, principalmente en Homeopatía, Terapia Neural y Medicina Tradicional China, como parte de planes de salud preferenciales, de acceso para población con recursos financieros medios o altos, pero no se pudo generalizar su acceso a toda la población¹⁴ (2,4,16). Posteriormente, se gestaron otros momentos importantes a nivel legislativo, los cuales se ampliarán en los antecedentes legislativos de las MTAC más adelante. Sin embargo, es preciso resaltar: la Ley de Talento humano en Salud de 1997, las normatividades de habilitación, y los Lineamientos técnicos para la articulación de las Medicinas y las Terapias Alternativas y Complementarias-MTAC (2,4,17).

9 El Dr. Payan ha recibido el reconocimiento internacional como el " Filósofo de la terapia Neural"

10 El número de médicos que hicieron parte del grupo de pioneros en MTAC en Colombia es amplio, se mencionan algunos representantes de cada sistema médico, según los registros históricos encontrados.

11 González Uribe, Fernando. Caja Nacional de Previsión. Alivio del Dolor con Acupuntura. 1.985

12 Rodríguez C, Martha S. La Acupuntura en dolor asociado a Cáncer frente a terapéuticas médicas convencionales. Clínica del Dolor. Cajanal. De Previsión. Bogotá 1.990 - 1.991

13 Álvarez Henao, Guillermo. Propuesta de fomento de las medicinas alternativas y complementarias en el marco de la estrategia de atención primaria en salud en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2008.

14 En Colombia, se denominan planes de medicina prepagada, o planes complementarios a los planes de atención preferencial en salud, los cuales tienen costos solo accesibles para la población de medios y altos ingresos. Estos planes son ofertados por empresas privadas y complementan la afiliación convencional a las empresas destinadas para ello. Toda la población debe estar afiliada a las EPS o ARS. El detalle se menciona en los antecedentes legislativos en este capítulo.

Experiencias de MATC en Bogotá (D.C)

Entre los años 2005-2008, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá, desarrollo diferentes propuestas, programas pilotos¹⁵ y grupos de MTAC, que permitieron la inclusión de las MTAC en hospitales públicos¹⁶, dentro de estos están: la *“Estrategia de Promoción del uso de plantas medicinales y productos derivados”*, la *“Propuesta de fomento de las Medicinas Alternativas y Complementarias en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en Bogotá”* y el *“Grupo Funcional en Medicina Alternativa y Terapias Complementarias”* (2,4,11). Posteriormente se crearon servicios integrados a las clínicas de dolor en diferentes hospitales públicos, hecho que favoreció la apertura y expansión de servicios de consulta externa de la red pública distrital. Para el año 2014 se contaba con más de 14 hospitales públicos con servicios de MTAC habilitados en consulta externa, con un predominio de oferta en las áreas de Homeopatía, Acupuntura, y Medicina Neural terapéutica (18).

En el año 2012, la SDS de Bogotá desarrollo el proyecto *“Formación en Fitoterapia para los equipos territoriales del Distrito”*, en el cual se capacitaron a 340 profesionales de salud de hospitales públicos, en el manejo de plantas medicinales como estrategia de Atención Primaria en Salud - APS, y en el año 2013, el proyecto piloto para la *“Integración de la medicina alternativa y terapias complementarias en la Atención Primaria en Salud en la localidad 20 Sumapaz”*, por parte del Hospital Nazareth E.S.E.¹⁷, en el cual se hicieron intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con población infantil y con pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles usando terapéuticas del grupo MTAC (19). Actualmente, con la reorganización por subredes de la red hospitalaria pública en la ciudad de Bogotá, los servicios se han unificado en solo cuatro hospitales a través de consulta externa, sin embargo, se está proyectando la integración de los servicios en otros niveles de atención. Adicionalmente, la oferta de MTAC a nivel de empresas proveedoras de servicios de salud y de prestadores independientes, se ha ido incrementando progresivamente, y paralelamente se han implementado normas de habilitación y legislaciones en el país¹⁸ (18).

Contexto Medicina Tradicional - Ancestral

Al igual que otros países de América, Colombia cuenta con un gran número de grupos étnicos: 102 grupos indígenas, la comunidad Rom-gitanos, palenqueros, afrodescendientes y

¹⁵ Este proyecto piloto inicio con la oferta de servicios de salud de MTAC en consulta externa, en seis hospitales públicos, las cuales son Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), todos ellos en la ciudad de Bogotá (4).

¹⁶ En las áreas demostrativas en MTAC, se incluyeron la Medicina Tradicional China, Homeopatía, Terapia Neural, Sintergética, y Ozonoterapia como modalidades terapéuticas (2).

¹⁷ La ciudad de Bogotá está organizada por localidades, y estas agrupan barrios. La localidad 20 es la más grande en la ciudad, y esta en zona rural.

¹⁸ La información detallada de normas y prestadores se detallará en antecedentes legislativos.

raizales (oriundos de islas de San Andrés y providencia) (6,20). Si nos remontamos a la historia de Colombia, los primeros pobladores o pueblos originarios que habitaron en el país fueron los actuales pueblos indígenas (y los que fueron extintos durante la colonia). Posteriormente, producto de la migración, llegaron pueblos originarios de África y Europa, (comunidades afros, españoles, ingleses entre otros) que trajeron y mantuvieron saberes y prácticas propias para prevenir, mantener, atender y curar la salud de sus comunidades (21). Por tal motivo, los grupos étnicos actuales son el resultado de múltiples hibridaciones culturales producto del mestizaje, enmarcados en procesos políticos y sociales complejos, como fue la colonia, la república, el estado social de derecho, las guerras civiles y el conflicto armado de los últimos 60 años, que junto con los cambios transnacionales han dado como resultado condiciones socioculturales singulares manifestadas a través de diferentes cosmovisiones, y por ende, diferentes búsquedas de bienestar dentro de un mismo territorio (22).

Históricamente, las comunidades étnicas, desde la resistencia pacífica preservan muchas de sus costumbres, sus tradiciones, sus lenguas y sus formas particulares de entender y abordar los procesos de salud y enfermedad, e incluso, cuentan con agentes de salud propios, quienes haciendo uso de otras formas de racionalidad, buscan diversas soluciones terapéuticas, producto del capital simbólico de la cosmogonía específica de cada identidad étnica (20,22). Es así como la MT-A representa el arraigo histórico, cultural y social de los grupos étnicos del país; es la herencia de los antepasados, el legado de formas de vida remotas que han perdurado y que se mantienen vivas gracias a la transmisión del conocimiento de forma oral de generación a generación. Las MT-A procuran el cuidado de la salud y “el buen vivir/vivir bien” de la comunidad, atravesando el ámbito personal, familiar y poblacional, siendo este el pilar fundamental alrededor del cual se desarrollan (21,22).

Si bien, no puede generalizarse la cosmovisión para todos los grupos étnicos colombianos, estos comparten algunos tópicos con relación a su identidad cultural y la búsqueda de bienestar social: la vital conexión con sus territorios, que consideran sagrados y por tanto inexplotables; su estructura social, que gira en torno a la búsqueda del equilibrio entre autonomía, colectividad, desarrollo espiritual y material; las enfermedades o entidades nosológicas, que están relacionadas con la pérdida de armonía entre sus cuerpos, mundos, territorios y relaciones interpersonales; sus agentes de salud, que materializan el mimetizaje de sus saberes-poderes en contextos modernos y son poseedores de un gran conocimiento herbario, del manejo energético y de sus mundos, resignificando sus sabidurías dentro de redes chamánicas y curanderiles a lo largo y ancho del país; el uso de plantas medicinales jerarquizadas, según la necesidad: ritualista, protectora o terapéutica, incluyendo las llamadas plantas sagradas; y el mantenimiento de sus costumbres y lenguas, enmarcados en la ley de origen (9,22,23).

En la mayoría de pueblos indígenas los médicos tradicionales o sabedores aprenden a recuperar la salud, basados en toda su cosmovisión, y teniendo en cuenta la recuperación del equilibrio perdido en el individuo y la comunidad (21). En algunas comunidades, los sabedores tradicionales son elegidos desde el nacimiento o en la infancia, y aprenden a través de *“la convivencia con mayores, médicos tradicionales, sabedores, abuelos y padres”*. En algunos pueblos, existe una organización dentro de los sanadores según su *“especialización”*, y en cada comunidad reciben nombres distintos: *“los médicos tradicionales (payés, taitas, mamos, tewalas, piachis, jaibanás, comu, entre otros), los yerbateros, los pulseadores, guaraleros, taakwatungua, curiosos, sobanderos, sagas, curandero, mayores, abuelos”*. Algunos de estos sabedores se especializan en las enfermedades espirituales, otros en las enfermedades físicas, otros en embarazo y parto, y otros en el uso de plantas medicinales, etc. (9,21).

A partir de la carta constitucional de 1991, Colombia fue declarada un estado pluriétnico y multicultural reconociendo por primera vez la tradición milenaria de diversos pueblos, y, por ende, protegiendo su cultura, sus saberes y su autonomía (Art.9, Art.68) (24). Diferentes cambios normativos han permitido la visibilización, caracterización y el mantenimiento de esta condición pluriétnica y multicultural en el territorio nacional (25).

Antecedentes legislativos Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias MTAC y Medicinas Tradicionales Ancestrales MT-A

Según el censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2005, Colombia contaba con 41.298.706 millones de habitantes, de los cuales el 14.06% (5.709.238) pertenecen a un grupo étnico. De estos, el 10,62% (4.311.757) se reconocen como población afrocolombiana, el 3,4% (1.392.623) hace parte de alguno de los 87 pueblos indígenas¹⁹, el 0,08% (30.565) son raizales, el 0,02% (7.470) son palenqueros y el 0,01% (4.858) son del pueblo Rom gitano (26). En el año 2018, se realizó el censo poblacional más reciente en donde se estima, en datos preliminares, un total de 48.258.494 millones de habitantes de los cuales el 3,9% (1.905.617) se reconocen como un grupo étnico indígena²⁰. Sin embargo, a la fecha el DANE no ha publicado los datos oficiales en su totalidad (27).

Desde el momento en que el Estado Colombiano reconoce los derechos humanos de los grupos étnicos presentes en el territorio, pasa a ser el encargado de garantizar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud. En este proceso, y en respuesta tanto a la demanda social, como a las acciones organizadas de los propios pueblos y a las reivindicaciones

¹⁹ Cifra subestimada, ya que la Organización Nacional de Indígenas de Colombia -ONIC, principal agremiación de grupos indígenas reconoce 102 grupos diferentes. Diferencia dada por 12 grupos que no tienen reconocimiento estatal y 3 grupos que se auto reconocen desde su condición étnica y cultural (20,26).

²⁰ Las cifras del censo son preliminares, aún no es posible hacer conclusiones acerca de los resultados.

de los grupos étnicos, comienza a realizarse la incorporación de elementos fundamentales de la MT-A en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en Colombia²¹, bajo el principio de interculturalidad en salud²² (28,29). Cabe resaltar que, desde su inclusión, se vienen generando diversos avances en el marco normativo y en las políticas en salud con el objetivo de que la población étnica tenga acceso y pueda beneficiarse de la mejor manera de las diversas formas de entender y abordar el autocuidado y el proceso de salud-enfermedad. Dentro de este marco normativo, cabe mencionar la Ley 21 de 1991²³ modificada por la Ley 691 de 2001²⁴ en la que se regula y se incluye la participación de los grupos étnicos dentro de los servicios de salud en el marco del SGSSS bajo las premisas del pluralismo médico, la complementariedad terapéutica y la interculturalidad, garantizando así, el derecho al acceso y la ampliación de la cobertura en salud. Esta normatividad parte de las diferentes necesidades geográficas, económicas, sociales y culturales de los grupos étnicos, y procura generar prácticas curativas y preventivas, bajo condiciones dignas, apropiadas y respetuosas de la diferencia (25,30–32).

Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

El SGSSS se estructura a partir de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 1122 de 2007 y reformada por la Ley 1438 de 2011 que presenta las disposiciones del SGSSS (5,16,24,33). Bajo este marco normativo, el SGSSS cuenta con una estructura descentralizada sustentada en la integración de los ámbitos público y privado, cuyo financiamiento se centraliza en el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) con el cual se adquiere el plan obligatorio de salud (POS) bajo dos regímenes de aseguramiento: uno subsidiado dirigido a personas sin capacidad de pago, y otro contributivo para población con empleo formal y personas independientes con capacidad de pago (34,35). Dentro del SGSSS, las EPS, son las responsables de operativizar los dos regímenes mencionados, es decir, son las encargadas de la prestación del servicio, lo que implica la administración de los recursos, la afiliación de la población y la contratación de servicios (tanto en instituciones públicas como privadas) que garanticen el acceso a estrategias de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud de la población (34). Según cifras oficiales, para el año 2018 con el SGSSS se alcanzó una cobertura en el aseguramiento en salud del 94,44% de la población general, donde el 48,29% de la población pertenece al régimen subsidiado, el 47,69% al régimen con-

21 Ley 691 de 2001. "Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia".

22 Ley 1751 de 2015 - Ley Estatutaria en Salud (28).

23 Ley 21 de 1991 "Por medio de la cual se aprueba el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76ª en la reunión de la Conferencia General de la O.I.T., en Ginebra, en 1989" (29,31).

24 Ley 691 de 2001 "Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia".

tributivo y el 4,32%% a los regímenes especiales y de excepción²⁵ (36).

Cabe resaltar que, a pesar de la amplia cobertura de la afiliación al SGSSS existen diferentes barreras de acceso a los servicios de salud: geográficas, administrativas, culturales, de los usuarios, del impacto del conflicto armado, etc.; que, sumados a problemas estructurales en la ejecución de las instituciones de salud, no garantizan el cumplimiento de los principios sobre los cuales se fundamenta la Seguridad Social en el país, ni el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud. Además, las dificultades administrativas que presenta el sistema, han generado la fragmentación de la atención en salud (4,8,29,37,38).

Legislación actual en Medicinas Tradicionales Ancestrales MT-A

En la ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) y la Ley 1438 de 2011, se promueve la construcción de mecanismos que integran la diversidad en el cuidado de la salud de la población mediante el reconocimiento de los saberes y prácticas tradicionales y complementarias dentro del proceso de atención integral de la salud, bajo el principio de interculturalidad en salud y de Atención Primaria en Salud (APS) descritos también en la Resolución 429 de 2016 (4,5,8,28,34,39). A partir de este marco normativo y con el objetivo de garantizar el goce del derecho a la salud, en el año 2016 se formuló y adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) enmarcada dentro de la APS y en un modelo operacional denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Recientemente el MIAS fue modificado hacia un Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (4,34,39).

La Ley Estatutaria en Salud reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral en los pueblos indígenas y demás grupos étnicos del país de manera concertada, respetando sus cosmovisiones, conceptos, sabiduría, prácticas ancestrales y su construcción cultural fundamentada en una concepción de vida colectiva -particular, y lo materializa dentro del SGSSS a través de los desarrollos del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural^{26 27} (SISPI) que articula las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPSI)²⁸ y las Instituciones Prestadoras de Salud Indígenas (IPSI) bajo el marco regulatorio (operativización – regulación) presente en el decreto 1953 de 2014 (28,29,40–42). Frente a la regulación de la MT-A, el artículo 20 de la ley 1164 de 2007, dispone garantizar el respeto del ejercicio de las culturas médicas tradicionales

25 Aquellos sectores de la población que se siguen rigiendo por las normas legales imperantes antes de la entrada en vigor de la Ley 100 que incluyen a las Fuerzas Militares, Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterios, Ecopetrol y las Universidades públicas u oficiales que se acogieron a la Ley 647 de 2001.

26 Definido en el Decreto 1953 de 2014 en donde se dictan las disposiciones “Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley que trata del artículo 32 de la Constitución Política” y se describen entre sus componentes la sabiduría ancestral, el cuidado de la salud propia e intercultural, lo político organizativo, la administración y gestión, y la formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud (40).

27 Descritos en las leyes 1450 de 2010 y 1753 de 2015.

28 Según lo dispuesto en el Decreto 330 de 2001 “por el cual se expiden las normas de construcción y funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud conformadas por cabildos y/o autoridades indígenas” (29).

propias de diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de formación y de regulación social (8).

Normatividad actual en Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias MTAC

En la Resolución 02927 de 1998²⁹ (modificada por la Resolución 1439 de 2002) se define por primera vez las MTAC en Colombia, y se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que las integra al SGSSS reglamentándose su práctica y ejercicio (2,4,10,17,43). Adicionalmente, desde el año 2006 en diferentes resoluciones (1043 de 2006, 2003 de 2014, 5269 de 2017, 046 de 2018, la 6408 de 2016 y 330 de 2017) se reglamentan las condiciones mínimas de habilitación MTAC en el país, estableciendo así los lineamientos frente a la prestación de estos servicios (4,44). Frente a lo anterior, es preciso mencionar que, a partir del año 2014, la norma de habilitación separa la prestación de servicios de salud de terapéuticas alternativas, de la de medicinas alternativas. Permitiendo la apertura de servicios específicos en Medicina Tradicional China, Medicina Ayurveda, Medicina Homeopática, Medicina Naturopática, Medicina Neural Terapéutica y para las Terapéuticas: Terapias con filtros, Terapias Bioenergéticas y Terapias Manuales (4).

Según las cifras de caracterización de prestadores en salud en Medicina Alternativa y Terapias Complementarias para el año 2018 se contaba con 3.744 servicios de MTAC habilitados de los cuales 627 corresponden a terapias alternativas y 3.117 en Medicina Alternativa y Complementaria, comparado con 36 servicios habilitados de MTAC en el 2010. De estos el 2,9% de los servicios de Medicina Alternativa y Complementaria pertenecen a escenarios públicos, 97% a privados y 0.1% son mixtos. Mientras que para las terapias alternativas el 1,8% se desarrolla en los escenarios públicos, el 98% en privados y el 0.2% en mixtos (Tabla 1) (4).

²⁹ “Por la cual se reglamente la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones” (43).

Tabla 1 - Servicios de MTAC habilitados al 22 de marzo de 2018.

Medicina Alternativa y Complementaria				
	Públicos	Privados	Mixtos	Total
Homeopatía	32	1169	1	1202
Ayurveda	0	22	0	22
Naturopatía	10	378	0	388
Neuralterapia	30	722	1	753
Tradicional China	19	733	0	752
Total	91	3024	2	3117
Terapias Alternativas y Complementarias				
Bioenergética	4	330	1	335
Con filtros	2	108	1	111
Manual	5	176	0	181
Total	11	614	2	627

Fuente: Tomado de Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud (4).

En la resoluciones, 1896 de 2001, 5171 de 2017 y 1132 de 2017 se establece la clasificación única de procedimientos en Salud – CUPS y se crean los códigos para consulta especializada de primera vez y de control en las cinco Medicinas Alternativas contempladas en el país permitiendo su facturación (4). En la Resolución 5171 de 2017 se establecen CUPS para: Consulta de primera vez, de control o seguimiento e interconsulta en: ayurveda, homeopatía, medicina tradicional china, osteopática, naturopatía, y neural terapéutica, así como CUPS para los procedimientos: osteopáticos, neural terapéuticos, y de medicina tradicional china, y para terapia de filtros, terapia manual (4).

Por otra parte, la Ley 1164 de 2007 -Ley de Talento Humano en Salud, que regula el ejercicio de las MTAC, en su artículo 7 y 19, presenta las disposiciones en Talento Humano en Salud y haciendo énfasis en que los profesionales autorizados para ejercer las MTAC deben ser médicos graduados con un título de una institución de educación superior reconocida por el estado (acorde con la ley 14 de 1962) y en el caso de las terapias alternativas, solo podrán ser ejercidas por los profesionales de la salud en el marco de sus competencias (2,4,8,10,17,43). Finalmente en el año 2018, el Ministerio de Salud publica los lineamientos técnicos para la articulación de las Medicinas y las Terapias Alternativas y Complementarias con el SGSSS (4). En donde se articulan seis (6) estrategias fundamentales para el desarrollo de la MTAC en el país e incluyen: a) fortalecimiento de la autoridad sanitaria; b) ruta para la inclusión de las MTAC en

el SGSSS; c) acceso a la atención y servicios en MTAC; d) fortalecimiento del talento humano en salud; e) promoción del acceso a las tecnologías en salud para la práctica de las MTAC; y f) gestión del conocimiento, investigación e innovación en MTAC (4).

Frente a la regulación de los medicamentos homeopáticos (magistrales y oficinales) y de los productos fitoterapéuticos, en Colombia se cuenta con una normatividad específica para cada uno de ellos³⁰ en donde se dictan las disposiciones frente a la preparación, fabricación, producción, empaque, etiquetado, rotulado, distribución, dispensación, uso, comercialización y publicidad de estos medicamentos, además de su registro sanitario, vigilancia y control sanitario. En relación con las tiendas naturistas también existe un marco normativo³¹ en donde se establecen las condiciones necesarias para la apertura, funcionamiento, vigilancia y control sanitario de las mismas (4).

Contexto académico e investigativo Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias

Si bien la educación en MTAC empezó en el país con las escuelas de formación en Homeopatía, con grupos de estudio y espacios gremiales informales; a nivel histórico su llegada a la academia de manera formal se vio interrumpida por situaciones legislativas, que en su momento obstaculizaron la implementación de estos programas en las instituciones de educación superior. Sin embargo, los esfuerzos de los colectivos de médicos y médicas, que aprendieron, difundieron y ejercieron las MTAC, permitieron abrir espacios académicos a partir de los años 1970 y 1980 (2,13).

En 1970, en la Universidad Nacional de Colombia el Departamento de Salud Pública, desarrolló una cátedra en el pregrado de medicina³² titulada “*Conocimiento médico y sociedad*”, en la que los estudiantes podían conocer los fundamentos de otras racionalidades médicas (MTAC)³³. En 2001, los doctores Eduardo Beltrán y Carlos Palencia en convenio con la Asociación de Médicos Investigadores en Terapéuticas Alternativas- ASMIT, crearon y organizaron los cursos de extensión en Fundamentos de Medicina Alternativa, y posteriormente en áreas específicas: Homeopatía³⁴, Terapia Neural³⁵, MT China y Osteopatía³⁶; en donde

30 El decreto 3554 de 2004 modificado por decreto 1737 de 2005, el decreto 1861 de 2006 y el decreto 1229 de 2015 para los medicamentos homeopáticos magistrales y oficinales; y el decreto 2266 de 2004 y la resolución 126 de 2009 para los productos fitoterapéuticos (4).

31 La resolución 126 de 2009, la resolución 527 de 2010, la resolución 662 de 2011 y el decreto 1229 de 2015 (4).

32 En Colombia, la educación superior está organizada en dos niveles: pregrado y posgrado. En donde el pregrado cuenta con tres niveles: Técnico Profesional (programas técnicos), Tecnológico (programas tecnológicos) y Profesional (programas a nivel profesional universitario). Mientras que en posgrado se consolidan las especializaciones, maestrías y doctorados (9).

33 Actualmente, existe una asignatura electiva en pregrado: “Fundamentos de Medicina Alternativa”.

34 El curso de extensión de Homeopatía fue de dos años.

35 El curso de Terapia Neural contó con la participación principal del Dr. Julio Cesar Payan.

36 El curso de Osteopatía contó con la participación de la Dra. Martha Lucia Lesmes.

participaron docentes de otras organizaciones, instituciones y agremiaciones. Paralelamente, docentes de la Facultad de medicina con experiencia en MTAC conformaron el grupo académico en medicina alternativa de donde surgió en el 2006 la Maestría en Medicina Alternativa en dicha universidad con su primera cohorte de estudiantes para el 2007 (2,17,45).

Por su parte, la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, bajo el liderazgo del Doctor Jorge Piñeros Corpas y colaboradores, desde su Escuela de Medicina, ha adelantado procesos de investigación sistematizada y formación de diferentes Terapéuticas Alternativas y la Farmacología Vegetal. En 1994, se creó un Diplomado de Terapias Alternativas (Terapias No Farmacológicas), y posteriormente, ampliaron la oferta de diplomados en temáticas relacionadas con MTAC, algunos para profesionales de salud, y otros dirigidos solo a médicos. En Julio de 2007 inicio a la Especialización Médica en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal. Adicionalmente, los grupos de investigación de esta universidad han trabajado de manera importante en desarrollos de farmacología vegetal (46).

Luego de la apertura de estos programas de posgrado, universidades que contaban con asignaturas de MTAC en el pregrado, cursos de extensión y/o diplomados, también abrieron formación a nivel de posgrado, como es el caso de la Universidad Manuela Beltrán en 2009, y otras están en proceso de creación de los programas. Adicionalmente, el Instituto Luis G. Páez, quien oferta educación en Homeopatía desde 1914, creó una Fundación Universitaria especializada en la formación de posgrado en esta área (2,11).

Actualmente, Colombia tiene cuatro (4) programas de formación en posgrado en la Universidad Nacional de Colombia, la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, la Fundación Universitaria Luis G. Páez y la Universidad Manuela Beltrán, además de diplomados en varias universidades (U el Bosque, U del Cauca, U del Rosario, FUCS). Adicionalmente, existen cátedras electivas en las diferentes carreras de pregrados de profesionales de salud, donde el estudiante tiene la posibilidad de sensibilizarse frente a las MTAC. A nivel de posgrado se han graduado más de 1109 profesionales de salud, como se puede observar a continuación (Tabla 2): (2,4,11,47).

Tabla 2 - Programas de formación en MTAC en Colombia.

Nombre del programa	Institución de Educación Superior	Dirigido a	Graduados 2009 - 2015	Graduados a junio 2019*
Especialización en terapéuticas alternativas y farmacología vegetal	Fundación Universitaria Juan N. Corpas	Profesionales en medicina	396	773
Especialización en terapias alternativas	Universidad Manuela Beltrán	Profesionales de ciencias de la salud	234	*
Especialización en medicina homeopática	Fundación Universitaria Luis G. Páez	Profesionales en medicina	44	77
Maestría en medicina alternativa con cuatro énfasis (homeopatía, neuralterapéutica, medicina china, osteopatía y quiropraxis)	Universidad Nacional de Colombia	Profesionales en medicina	261	309
Total			935	1109
*Datos preliminares 2019 consultados directamente con las coordinaciones de los posgrados.				

Fuente: Tomada de “Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (4). Adaptada por autores.

La inclusión de las MATC en los ámbitos académicos, y la creación de posgrados, ha sido el promotor más importante del desarrollo de la investigación en MTAC en el país. En una revisión realizada en 2011³⁷, y posteriormente actualizada en 2016³⁸, se encontró que la producción y desarrollo de la investigación en MTAC está vinculada a la academia, y el aumento de la producción de las publicaciones está asociado a la creación de los programas de posgrados en MTAC en las universidades mencionadas previamente (11).

En el periodo 1980-2016, se encontraron 1.146 trabajos de investigación en MTAC, realizados por colombianos. Las modalidades terapéuticas en que más se ha desarrollado investigación en MTAC en Colombia son: MT China (32%) y Homeopatía (28%), seguidas por Terapias Vibracionales, Terapias Manuales, entre las cuales se encuentra Osteopatía y Quiropraxia, Fitoterapia y Herbología, y Terapia Neural (11). En estos trabajos de investigación se encontró que el 85% de la publicación científica y académica en MTAC producida en Colombia, se publica a nivel nacional y en espacios académicos como repositorios virtuales o bibliotecas de las universidades, y solo el 15% llega a revistas indexadas (2,11).

37 Tesis “La Investigación en Medicina Alternativa y Terapias Complementarias en Colombia” elaborada por Daniel F Gallego-Pérez, Natalia S Aldana-Martínez y Alejandra Bojacá. Universidad Manuela Beltrán. 2011 (2).

38 Tesis “La evolución de la investigación en medicina alternativa y terapias complementarias en Colombia en el periodo 2011-2016: revisión documental. Natalia S Aldana-Martínez. Universidad Nacional de Colombia 2017 (11).

Frente a los grupos de investigación para el año 2011 Colciencias³⁹ reconocía seis grupos de investigación: *“Racionalidades Médicas y Prácticas en Salud y Enfermedad”*, y *“Medicina Alternativa”* de la Universidad Nacional de Colombia –sede Bogotá; *“Terapias Alternativas”* de la Universidad Manuela Beltrán -Bogotá; *“Farmacología Vegetal”* de la Universidad Juan N. Corpas -Bogotá; *“Sistemas Tradicionales de Salud”* de la Universidad del Rosario -Bogotá, y *“Cuidado y Salud Holística”* de la Universidad Libre de Colombia -sede Cali; cada uno con líneas de investigación declaradas en MTAC, Fitoterapia y/o Medicina Tradicional (2,11). En la actualidad se suma el *“Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud (GESTS)”* de la Universidad del Rosario, *“Antropos”* de la Universidad del Cauca y *“El Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI)”*, organización sin ánimo de lucro (46–48)⁴⁰.

Finalmente, para el año 2018 el Ministerio de salud, en trabajo mancomunado con las universidades y agremiaciones que trabajan en MTAC, publicaron el perfil único para el médico especialista en Medicina Homeopática, en Medicina Neuralterapéutica, en Medicina Tradicional China y en Osteopatía. Adicionalmente, en continuidad con el trabajo realizado colectivamente se están construyendo Programas (currículos) únicos para cada área específica, esto con el fin de mejorar la oferta académica y la formación de talento humano en salud en el área de MTAC. Aunque Colombia cuenta con cuatro (4) posgrados en el área, y aunque los sistemas médicos mencionados son reconocidos por las normas, aún no hay oferta académica en Ayurveda ni en Naturopatía. Se espera que, con la implementación de los Lineamientos técnicos para la articulación de las Medicinas y las Terapias Alternativas y Complementarias, en el marco del SGSSS, se continúe fortaleciendo la oferta académica en otros sistemas médicos y la investigación (4,11).

Contexto académico e investigativo Medicina Tradicional Ancestral

Si bien cada grupo étnico tiene sus propias formas de aprender y enseñar los usos de las plantas medicinales, usos rituales, manejo de enfermedades espirituales, la atención de partos, entre otras prácticas en salud, se conoce que en diferentes comunidades, la transmisión de saberes -conocimientos, se hace de generación en generación, a través de la oralidad, la vivencia de experiencias y la participación en rituales en épocas recientes se han planteado posturas académicas desde las organizaciones étnicas y el Estado para proteger estos conocimientos, y para contribuir a la formación de los agentes en salud de las comunidades (2,21,48–50). Los *“Lineamientos para la Incorporación del enfoque intercultural en los proce-*

³⁹ Colciencias es el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia, y es la institución donde se registran los grupos de investigación de manera oficial (53).

⁴⁰ Colciencias esta actualmente en proceso de verificación de nuevos grupos de investigación, por lo cual puede que algunos grupos aún no sean visibles en la página oficial, y no se mencionen en este capítulo.

...sos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia”, elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, y la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud (publicados en 2017), plantean “que la interculturalidad se dé en el contexto de la formación en salud, entre la visión de salud de los pueblos indígenas y las culturas no indígenas, dentro de ellas la visión convencional, alopática u occidental de la salud”. Estos lineamientos buscan “aportar estrategias para la formación del talento humano en salud, incorporando el enfoque intercultural en salud, para fortalecer competencias que favorezcan el diálogo y la armonización permanente entre saberes y prácticas de diversas culturas como aporte al buen vivir y al derecho fundamental a la salud”, para lo cual promueven el diálogo permanente y constructivo con cada pueblo indígena para lograr una implementación dinámica (9).

El interés de las comunidades de mantener sus lenguas y sus costumbres ha motivado a muchos de sus miembros a continuar sus estudios superiores. Así mismo, se han creado propuestas desde organizaciones indígenas, para garantizar espacios de aprendizajes con estructuras académicas propias, un ejemplo significativo fue el reconocimiento del Ministerio de Educación Nacional por primera vez en el año 2018, para la personería jurídica de la Universidad Autónoma Indígena Intercultural de Colombia (UAIIN) cuya sede principal está ubicada en el municipio de Popayán al sur del país, y cuenta con programas universitarios, programas tecnológicos y técnicos (51). Este es sin duda un gran logro en la autonomía étnica para el país.

Respecto a la investigación de los sistemas tradicionales de salud, esta ha estado a cargo de las carreras humanísticas (como la antropología, sociología, ecología, etc.) inicialmente de manera observacional y descriptiva, y posteriormente, con el cambio en los paradigmas de dichas carreras, se han desarrollado con metodologías más participativas. Actualmente, además de la UAIIN, hay organizaciones indígenas como la Universidad Intercultural de los Pueblos (UIP) que fomentan el uso y desarrollo de metodologías de investigación innovadoras que surjan desde las comunidades, generando beneficios para ellas mismas y creando espacios de reflexión académica (48–50).

Adicionalmente, en el terreno de las plantas medicinales, si bien existen investigaciones desde la etnomedicina y etnofarmacología, en que se tienen en cuenta las cosmovisiones propias de cada comunidad; también ha habido un auge de las investigaciones con fines de desarrollos farmacológicos (medicamentos de origen vegetal), donde predomina la visión biológica y química, y no se contempla la dinámica de interrelación entre territorio, cultura, biodiversidad, y entorno, variables fundamentales en la comprensión del proceso salud-enfermedad desde las MT-A (21,49).

Finalmente, a la fecha se está adelantando una recopilación de los trabajos de investigación que se han realizado en Colombia en Medicina Tradicional - Ancestral⁴¹, lo cual permitirá identificar con mayor claridad las tendencias metodológicas y los enfoques de estas investigaciones. Se espera con estos resultados, y con el trabajo colaborativo entre los grupos de investigación existentes en el área temática, el desarrollo de una propuesta incluyente, respetuosa y reflexiva para fortalecer la investigación en MT-A en el país.

Conclusiones

Para las comunidades étnicas colombianas, las MT-A se han transformado, y han resistido a los cambios sociopolíticos del país, al conflicto interno de los últimos años y a las necesidades de sus comunidades, representando posturas paradigmáticas en salud contra-hegemónicas y haciendo parte central de su identidad cultural.

Por otra parte, las MTAC se han planteado paulatinamente como una viable solución en el manejo de patologías y como un enfoque integral para el cuidado de la salud de las comunidades, además han creado puentes de diálogo inter y transculturales que permiten ver la medicina como una sola y han generado espacios para el desarrollo de las mismas desde la academia y la investigación.

Si bien las normativas recientes del SGSSS buscan articular los progresos de la medicina convencional predominante, con la MT-A y las MTAC, el proceso de desarrollo, e implementación en el país, ha sido el resultado del esfuerzo mancomunado de las organizaciones gremiales, comunitarias, la academia y la población en general. Estos esfuerzos se han visto complementados por las políticas públicas que han tomado la interculturalidad en salud, como el enfoque a partir del cual se apuesta por lograr un sistema de salud incluyente y respetuoso por la diferencia. Los recientes lineamientos dictaminados por el Ministerio de salud tanto para las MTAC, como para la MT-A, ofrecen una guía estratégica para la implementación, inclusión y fortalecimiento de las MTAC y MT-A en los sistemas y servicios de salud, y en la academia, la cual permitirá seguir avanzando como colectivo en lenguajes más incluyentes y reflexivos en la atención en salud, en todos los sectores y para toda la población colombiana.

41 Acevedo, P. Proyecto de investigación. CEMI- Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia. 2019 Inédito.

Referencias bibliográficas

1. Gale, N. The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. **Sociol compass** [Internet]. 2014 Jun [cited 2017 Apr 21];8(6):805–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25177359>
2. Gallego-Pérez, D.F.; Aldana-Martínez, N.S., Bojacá-Bazurto, A. La investigación en medicinas alternativas y terapias complementarias en Colombia [Internet]. Universidad Manuela Beltrán; 2011 [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/mtci/resource/es/biblio-877307>
3. Gallego-Pérez, D. Therapeutic Pluralism in Latin America: from practice to policies, and the chasm in between. **Adv Integr Med** [Internet]. 2019 May 1 [cited 2019 Aug 8];6:S19. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212958819300904>
4. Ministerio de Salud de Colombia. Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud [Internet]. **Documento marco para la acción sectorial e intersectorial**. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018 [cited 2019 Apr 27]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>
5. Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011 [Internet]. **1438 Ministerio de Salud y Protección Social**; 2011 p. 51. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY-1438-DE-2011.pdf
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. **Glosario Etnias** [Internet]. Bogotá, D.C. Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE; 2005. Available from: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Glosario_etnicos.pdf
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. **Colombia una nación multicultural**. 2007; Available from: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
8. Ministerio de Protección Social. **Ley 1164 de 2007 Ley de Formación de Talento Humano En Salud** [Internet]. Colombia: Ministerio de Protección Social; 2007 p. 19. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY-1164-DE-2007.pdf
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Bogotá D.C., Colombia; 2017.
10. Sanchez Lievano, C.V. Breve mirada al desarrollo de la historia de la homeopatía en

el mundo durante los dos últimos siglos [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2013. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11765/>

11. Aldana-Martínez, N.S.; Beltrán, E.; Benítez, G. La Evolución de la Investigación en Medicina Alternativa y Terapias Complementarias en Colombia en el periodo 2011-2016: **Revisión Documental**. Universidad Nacional de Colombia; 2017.

12. Martillett, A.; Torres, I. Profesionalización de la Homeopatía en Colombia Normatividad de la Homeopatía en Colombia desde el siglo XIX. **Acad Homeopat Rev** [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 23];1:1. Available from: <http://www.uniluisgpaez.edu.co/wp-content/uploads/2016/01/Revista-Academia-Homeopática-No.-1.pdf>

13. Sarmiento, L.D.; Pinilla-Bonilla, L.B. Historia e Institucionalización de la Terapia Neural en Colombia [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2014 [cited 2017 Apr 23]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43119/1/52145193.2014.pdf>

14. Luz, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis Rev Saúde Coletiva**. 2005;7(15(sup)):145–76.

15. Sarmiento, L.D. Historia e Institucionalización de la Terapia Neural en Colombia [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2014 [cited 2017 Apr 23]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/43119/1/52145193.2014.pdf>

16. El Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Colombia; 1993, p. 90.

17. Universidad Nacional de Colombia (Bogotá). Facultad de Medicina. Grupo de Investigación en Racionalidades Médicas. La medicina alternativa : **Una visión desde los sistemas médicos complejos**. 1st ed. Urrego D, Vega J, Grupo de racionalidades medicas, editors. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina; 2011. 156 p.

18. Pinilla, L. Experiencias de manejo complementario del dolor con medicina neuroalteréutica (terapia neural) en la SubRed Integrada de Servicios de Salud ESE. Bogotá: **Simposio Aportes de las Medicinas Tradicionales y Complementarias al Sistema de Salud Colombiano**; 2019.

19. Aldana-Martínez, N.; Moya, A. Experiencias de Fitoterapia y Medicinas Alternativas y Complementarias en Atención Primaria en Salud en el Hospital Nazareth E.S.E. Bogotá: **Simposio Aportes de las Medicinas Tradicionales y Complementarias al Sistema de Salud Colombiano**; 2019.

20. ONIC. ¿Cuáles son, cuántos y dónde se ubican los Pueblos Indígenas de Colombia? [Internet]. Organización Nacional Indígena de Colombia. [cited 2019 May 30]. Available from: <https://www.onic.org.co/noticias/2-sin-categoria/1038-pueblos-indigenas>

21. Vásquez-Londoño, C.; Restrepo-Calle, S.; Matapí-Yucuma, U.; Melendez-Santacruz, I.; Pérez-Salinas, M., García-Moreno, C., et al. **Plantas y territorio en los sistemas tradicionales de salud en Colombia** [Internet]. Primera. Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt. Bogotá, D.C. Colombia: Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt; 2013. 201 p. Available from: <http://repository.humboldt.org.co/bitstream/handle/20.500.11761/32555/482.pdf?sequence=1;Plantas%0Ahttp://repository.humboldt.org.co/bitstream/handle/20.500.11761/32555/482.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Díaz, I.; Garay, G. **Aportes hacia una Terapeuta Neural y hacia la Terapia Neural de un agente de salud popular**. Estudio de caso. (Curanderismo urbano). Universidad Nacional de Colombia; 2013.
23. Pinzón, C.; Suarez, R.; Garay, G. **Antropología de la Salud**. Itinerarios autoetnográficos por el poder mágico y la curación. 1st ed. Colombia I de SPUN de, editor. Bogotá, D.C. Colombia; 2003.
24. Gobierno de Colombia. **Constitución Política de Colombia de 1991** [Internet]. Colombia: Gaceta constitucional; 1991. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
25. Instituto Interamericano de Derechos humanos organización panamericana de la salud. **Medicina indígena tradicional y medicina convencional** [Internet]. Instituto Interamericano de Derechos humanos organización panamericana de la salud -OPS. Costa Rica; 2006. Available from: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. **Censo general 2005** [Internet]. Bogota; 2005 [cited 2019 Apr 27]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>
27. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. **DANE Información para Todos** [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 18]. Available from: <https://www.dane.gov.co/>
28. Ministerio de salud y protección social. **Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud** [Internet]. 1751 Ministerio de salud y protección social; 2015 p. 13. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley-1751-de-2015.pdf
29. Jojoa-Tovar, E. **Marco normativo, conceptual y situacional de los grupos étnicos**. Colombia; 2017.
30. Cardona-Arias, J.A.; Rivera-Palomino, Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. **Rev Cuba Salud**

Pública [Internet]. 2012 [cited 2019 Sep 15];38(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300013

31. Presidencia de la Republica de Colombia. **Ley 21 de 1991 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas** [Internet]. Colombia; 2012. 50 p. Available from: www.pueblosindigenas.gov.co

32. El Congreso de la Republica de Colombia. **Ley 691 de 2001**. Colombia; 2011 p. 6.

33. El Congreso de la Republica de Colombia. **Ley 1122 de 2007** [Internet]. Colombia; 2007 p. 18. Available from: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley-1122-de-2007.pdf>

34. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. **Política de Atención Integral en Salud** - Un sistema de salud al servicio de la gente [Internet]. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID). Colombia; 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

35. Riveros-Pérez, E.; Amado- González, L. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?. **Gerenc y Políticas Salud** [Internet]. 2012 Dec 14 [cited 2019 Apr 27];11(23):95. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4466>

36. Ministerio de salud y protección social de Colombia. **Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2018**. Colombia; 2019.

37. Suárez-Rozo, L.F.; Puerto-García, S.; Rodríguez-Moreno, L.M., Ramírez-Moreno, J. La crisis del sistema de salud colombiano: Una aproximación desde la legitimidad y la regulación. **Rev Gerenc y Polit Salud**. 2017;16(32):34–50.

38. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación en Sistemas de Salud D de MT y DI. **Las barreras culturales en los servicios de salud**: su papel en el acceso de la población usuaria a los servicios.

39. Ministerio de salud y protección social de Colombia. **Resolucion 0429 Del 2016** Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud [Internet]. 2016 p. 1–18. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/Resolución-0429-de-2016.pdf>

40. Ministerio del Interior. **Decreto 1953 de 2014** [Internet]. 1953 Ministerio de Justicia Colombia; 2014 p. 49. Available from: <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/DECRETO-1953-DEL-07-DE-OCTUBRE-DE-2014.pdf>

41. Ministerio de salud y protección social. **Circular No. 11 de 2018** - Directrices Avanzar Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural [Internet]. 11 Ministerio de salud y protección social Colombia; 2018 p. 6. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6TUY4ZSjCTwJ:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-11-de-2018.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=co&client=firefox-b-d>
42. Ministerio de salud y protección social Colombia. **Decreto 1973 de 2013**. Por el cual se crea la Subcomisión Salud la Mesa Perm Concert con los Pueblos y Organ Indígenas. 2013;1–7.
43. Ministerio de Salud y Proteccion social. **Resolución 02927 de 1998**. Colombia; 1998 p. 1–6.
44. Ministerio de salud y protección social de Colombia. **Resolucion 0429 Del 2016** Por medio d ela cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud [Internet]. 2016 p. 1–18. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 0429 de 2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200429%20de%202016.pdf)
45. Torres Valencia, S.L. Desarrollo de la enseñanza de la homeopatía en Santafé de Bogotá en el siglo XIX [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2017 Apr 23]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4151/1/598631.2011.pdf>
46. Rectoría. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. **Reporte institucional Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal**. Bogotá, D.C. Colombia; 2017.
47. Lara Cuellar, L.; Urrego Mendoza, D.Z. Hacia una caracterización de los programas de posgrado en medicina alternativa en Colombia [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2011. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4131/>
48. Gutierrez de Pineda, V.; Vila de Pineda, P. **Medicina Tradicional de Colombia**. 1st ed. Bogotá, D.C. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 1985. 310 p.
49. Zuluaga, G. **La construcción cultural de la salud y la enfermedad Aproximación desde un diálogo intercultural**.
50. Granados Andrade, S.M.; Martínez, L.E.; Morales, P.; Ortiz, G.R.; Sandoval, H.; Zuluaga, G. Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. **Rev Ciencias la Salud** [Internet]. 2005 [cited 2019 Sep 24];3(1). Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/719>
51. Bolaños de Tattay, G. La Universidad Autónoma Indígena Intercultural (UAIIN): un proceso que consolida, construye y revitaliza las culturas desde la acción organizativa. **Isees**. 2013;N.12(12):4–16.

52. Barnes, L.; Hinrichs, T.J. **Chinese Medicine and Healing**: An Illustrated History. Vol. 20. 2013. 1–4 p.
53. COLCIENCIAS [Internet]. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación. [cited 2019 Sep 25]. Available from: https://www.colciencias.gov.co/quienes_somos

4



Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira

Charles Dalcanale Tesser
Islândia Carvalho Sousa
Marilene Cabral do Nascimento

Introdução

Desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde tem estimulado que práticas/saberes em saúde tradicionais ou diversos da biomedicina, chamadas Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCT), sejam consideradas como recursos de cuidado pelos sistemas nacionais de saúde. Em paralelo, com a Declaração de Alma Ata¹, expandiu-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização de sistemas públicos universais de saúde, visando universalizar o cuidado clínico-sanitário às populações. Nos países com APS bem estruturada, esse cuidado é centrado em equipes de profissionais generalistas, cuja referência principal de cuidado clínico é a biomedicina. Evidências mostram que o cuidado baseado em APS (clínica generalista) é de melhor qualidade, gera populações mais saudáveis, tem maior equidade e custo-efetividade que sistemas em que os cuidados são prestados por outros especialistas².

Nas últimas décadas, houve uma crescente revalorização das MTCT, com aumento da demanda, legitimação social e regulamentação institucional delas, inclusive em países de alta renda³, em que o uso da biomedicina está bem estabelecido e disseminado. Isso é paradoxal, pois o grande desenvolvimento científico e tecnológico e a universalização do acesso à biomedicina em locais com sistemas públicos universais de saúde não geraram um abandono progressivo das MTCT⁴. Ao contrário, elas vêm sendo cada vez mais procuradas em contextos nos quais a medicalização permeia a cultura e a identidade das pessoas⁵, inclusive em uma época de biomedicalização acentuada⁶. No Sistema Único de Saúde (SUS), as MTCT são chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), termo usado doravante neste artigo.

A influência do crescimento e revalorização das PIC tem impactado os profissionais de saúde. Ao se considerar os médicos, incluindo os da APS, encontra-se na Suíça que 46% deles têm alguma formação em PIC³; no Canadá, 57% das terapias com ervas, 31% dos tratamentos quiropráticos e 24% dos tratamentos de acupuntura são realizados por médicos⁷; na Inglaterra, 50% dos médicos generalistas do National Health Service (NHS) usam ou indicam alguma PIC⁸; 32% dos médicos da França e 20% dos da Alemanha usam PIC⁹; na Holanda, 50% dos médicos generalistas prescrevem plantas medicinais, fazem terapias manuais e/ou acupuntura⁷ e 45% deles consideram os medicamentos homeopáticos eficazes⁹.

Houve também um aumento crescente no volume de pesquisas científicas sobre várias PIC e sua institucionalização³. Parte do uso dessas terapias ocorre de forma autônoma, antes, depois ou em paralelo ao cuidado biomédico, em contexto de pluralismo de cuidados à saúde¹⁰. Esse *boom* científico e institucional foi induzido pela procura maciça dessas práticas pelas populações¹¹, compreensível por várias razões: fácil acesso e eficácia relativa (em locais

de baixa renda); insatisfações com a biomedicina (abordagem impessoal, invasiva e iatrogênica); valorização de virtudes atribuídas às PIC (estímulo à participação no cuidado, melhor experiência e relacionamento terapeuta-usuário)^{12,13} e movimentos culturais fomentadores da revalorização das PIC¹⁴⁻¹⁶.

Embora o uso das PIC seja comum em doenças crônicas e em situações graves, como medicina paliativa e oncologia¹⁷, há consenso sobre seu lócus mais importante nos sistemas de saúde ser a APS^{3,18,19}. Isso se deve: a) ao seu estímulo ao potencial de autocura⁹, mais efetivo quando utilizadas em situações iniciais menos graves, típicas da APS; b) à sua ampla aceitação pelas populações; c) à maior participação dos doentes no cuidado¹³, com melhor compartilhamento simbólico devido à proximidade das cosmologias de várias PIC com a visão de mundo dos usuários²⁰; d) à fuga da iatrogenia, frequente nos adoecimentos crônicos, cada vez mais prevalentes; e) à sua contribuição para a capacidade interpretativa e terapêutica de sintomas não explicáveis pela nosologia biomédica, estimados em 15-30% das novas consultas na APS²¹.

Partindo da premissa de que a APS brasileira deve incorporar as PIC na oferta de serviços de saúde à população, o objetivo deste artigo é apresentar uma breve análise da situação atual dessas práticas no SUS com foco na APS, os principais problemas envolvidos na sua inserção na APS e estratégias para a sua superação. Esses objetivos atravessam três temas relevantes para a inserção das PIC na APS: presença institucional na APS, pesquisa sobre PIC e formação/ capacitação de profissionais em PIC.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico de base bibliográfica e documental, a partir de bancos de dados oficiais, de pesquisa e literatura científica. Foram coletadas informações em bancos de dados de saúde do governo brasileiro, newsletters e relatórios do Ministério da Saúde (MS) sobre PIC. O Tabnet Datasus²² é um banco de dados federal em que foi analisada a informação registrada sobre PIC de 2008 a 2017. Outra fonte oficial foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com grande abrangência no País²³. Esses dados foram confrontados com resultados do primeiro inquérito telefônico nacional independente dirigido, em 2015, aos gestores municipais do SUS²⁴. Informações e dados de pesquisas relevantes sobre as PIC no SUS foram utilizados na medida em que permitiram uma visão panorâmica de sua inserção na APS brasileira, dos problemas e estratégias respectivas. A análise se deu a partir de três categorias analíticas: a) presença institucional e expansão das PIC na APS, b) formação em PIC e APS e c) pesquisa em PIC no Brasil e na APS. Os resultados e discussões estão distribuídos e apresentados seguindo essas categorias.

Presença institucional e expansão das PIC na APS

Embora, desde a década de 1980, haja registro de experiências no SUS com PIC, estas ganharam visibilidade e crescimento após a promulgação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)²⁵, que oficializou no SUS cinco PIC: homeopatia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais e águas termais/minerais. Em 2017, houve ampliação para 19 modalidades: arteterapia, ayurveda, bio-dança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga²⁶. Em 2018, mais dez foram incluídas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia floral²⁷.

Não houve, com a PNPIC, investimento financeiro adicional para as PIC pela União, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo, para além do que havia antes de 2006. A ampliação da lista de PIC ocorreu em contexto político adverso, sem discussão pública sobre a pertinência e o potencial de efetividade das PIC incorporadas. Envolveu muitas formas de cuidado, algumas pouco conhecidas, gerando necessidade de estudos e suscitando reações contrárias e a favor em diferentes associações corporativas. Na saúde coletiva, desconhecemos análises sobre limites e possibilidades desse novo cenário que se conforma na APS brasileira.

A PNPIC priorizou a inserção das PIC na APS, pois os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são os seus maiores promotores no SUS. Segundo o último informe do MS²⁶, a oferta de PIC, em 2016, existia em 9.470 estabelecimentos de saúde distribuídos em 56% (3.097) dos municípios brasileiros; e na APS, em 54% deles. Estava concentrada nas capitais, principalmente nas regiões Sul e Nordeste. O maior número destes estabelecimentos era público e de administração municipal (APS). Um mesmo estabelecimento de saúde pode ofertar mais de uma modalidade de PIC, homeopatia e acupuntura, por exemplo, registradas pelo MS como serviços de PIC. Em 2017 (jan. a set.), foi observada a oferta de 8.575 serviços (tabela 1).

Tabela 1. Oferta de serviços de PIC por tipo de estabelecimento. Número, percentual e distribuição dos serviços por 100.000 habitantes. Brasil, jan. a set. 2017.

Tipos de estabelecimentos	Nº de Serviços ¹	% de Serviços	Nº de Serviços por 100.000 hab ²
Academias da Saúde ³	424	4,9	0,21
Centros de Apoio à Saúde da Família	167	1,9	0,08
Centro de Atenção Psicossocial	222	2,6	0,11

Tipos de estabelecimentos	Nº de Serviços ¹	% de Serviços	Nº de Serviços por 100.000 hab ²
Centros de Saúde/ESF ⁴	5547	64,7	2,69
Clínicas Especializadas	1105	12,9	0,54
Consultórios Privados	337	3,9	0,16
Hospitais Gerais e Especializados	394	3,4	0,14
Policlínicas	325	3,8	0,16
Outros	154	1,8	0,07
Total	8575	100,0	NA

Fonte: Tabnet Datasus²².

¹ Pode haver mais de uma PIC por tipo de estabelecimento.

² Estimativa da população em 2016: 206.114.067 habitantes.

³ Promovem práticas corporais (lian kung, tai chi chuan, yoga etc.), modos saudáveis de vida, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais (18).

⁴ Centros de Saúde e unidades da Estratégia Saúde da Família constituem o sistema público de Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Aproximadamente 78% dessa oferta está na APS, sobretudo na ESF, principal modalidade de organização da APS brasileira, e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), considerados pertencentes à APS. Das equipes de Nasf visitadas no segundo ciclo do PMAQ-AB, mais de 20% as praticavam²³. Apenas 16,7% da oferta de PIC no SUS está na média complexidade (clínicas especializadas e policlínicas); e 3,4%, no cuidado hospitalar e de alta complexidade (tabela 1). Na ESF, durante o ano de 2016, foram contabilizadas 2.427.919 ações em PIC, o que corresponde, respectivamente, a 2.203.661 atividades individuais (1,069 por 100 mil habitantes) e a 224.258 atividades coletivas (fitoterapia e práticas corporais e mentais). Nos atendimentos individuais, após os 15 anos de idade, o atendimento ao sexo feminino é mais de duas vezes maior que ao masculino²⁶. A tabela 1 e os relatórios ministeriais mostram que há insuficiência na oferta de PIC, no que se refere a atividades e ao número de serviços, que são irrisórios para a dimensão do SUS e do Brasil.

Os dados oficiais apontam um crescimento das PIC na APS na última década^{22,23,26}. Todavia, quando esses dados são comparados com os de um inquérito telefônico nacional dirigido aos gestores municipais de saúde²⁴, que contatou 95% dos municípios do País e obteve respostas de 1.617, aparecem discrepâncias. O inquérito identificou apenas 432 municípios com oferta de alguma PIC nos serviços públicos entre 2015 e 2016, perante os 3.097 dos dados oficiais. Se cotejarmos os dados do inquérito com os do PMAQ-AB, aparecem apenas 347 municípios com oferta na APS. Essa grande disparidade merece elucidação. Talvez ela se deva ao fato de grande parte da oferta de PIC no SUS ser realizada por profissionais da ESF individualmente nos seus serviços, sem apoio ou ciência dos gestores; e, consequentemente,

sem institucionalização significativa da oferta. Quanto à maior concentração da oferta na APS, houve convergência entre os dados do MS e os do inquérito, segundo os quais 71% dos municípios que ofertam PIC o fazem na ESF.

Vale salientar que os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²² e do MS apresentam variações quanto à distribuição e à oferta de PIC. Eles dependem do momento da coleta dos dados, o que demonstra frágil institucionalização. Como, provavelmente, grande parte da oferta é realizada por profissionais da ESF, se eles saem do estabelecimento, a oferta tende a ser extinta, e nem sempre o CNES é atualizado.

Segundo o inquérito nacional²⁴, as PIC ofertadas com maior frequência são plantas medicinais e fitoterapia (30% dos municípios que ofertam PIC), acupuntura (16%) e auriculoterapia (11%), distintamente nas regiões do País. Nos dados oficiais do MS²², as PIC mais frequentes são as práticas corporais (53%) e a acupuntura (20%), enquanto a fitoterapia aparece em apenas 6%. Uma ausência importante na literatura, nos relatórios e normativas oficiais são as PIC relativas às terapias tradicionais indígenas e afro-brasileiras, até agora não contempladas na PNPIC, sobre as quais não dispomos de dados registrados para além de estudos antropológicos.

Pouco se sabe sobre o perfil dos profissionais que praticam as PIC. Os dados disponíveis são insuficientes, pois a maioria delas pode ser realizada por profissionais da ESF, sem registro específico ou vínculo formal em PIC. Os profissionais com registro específico em PIC no CNES são poucos (4.104), com predominância de acupunturistas (médicos, 8,4%, e fisioterapeutas, 19%) e homeopatas (médicos, 31,8%)²⁸. A comparação com um estudo de 2011²⁹ mostra que há poucas alterações nesses números, o que reforça a hipótese de que são os profissionais da ESF, sem registro específico em PIC, os protagonistas da sua oferta e ampliação na APS.

Cada vez que um profissional pratica uma PIC e registra seu uso no sistema de informações, o respectivo município aparece nos dados oficiais como ofertando PIC naquele ano. Pode-se considerar uma falácia relativa considerar a prática de um profissional, talvez ocasional, como oferta rotineira do município. A *tabela 2* mostra o perfil da oferta pelas equipes de APS no Brasil, nos anos de 2016 e 2017, avaliadas pelo PMAQ-AB. Note-se que uma mesma equipe pode oferecer mais de uma PIC; e, com isso, o número de equipes apresentado fica superestimado.

Tabela 2. Número de equipes da APS com oferta em PIC em 2016, segundo dados do PMAQ-AB.

Descrição	Número	%
Acupuntura ¹	1583	12,7
Arteterapia ²	737	5,9

Descrição	Número	%
Auricoacupuntura ¹	908	7,3
Ayurveda ²	23	0,2
Biodança ²	257	2,1
Dança Curricular ²	606	4,9
Homeopatia ¹	1224	9,8
Medicina antroposofica ¹	242	1,9
Musicoterapia ²	423	3,4
Naturopatia	77	0,6
Plantas medicinais e fitoterapia ¹	1854	14,9
Práticas corporais da MTC**	2067	16,6
Reiki ²	127	1,0
Shantala ²	603	4,8
Termalismo/crenoterapia ¹	71	0,6
Terapia comunitária integrativa ²	1336	10,7
Yoga ²	332	2,7
Total	12470	100

Fonte: Brasil, 2018²³.

** MTC = Medicina Tradicional Chinesa.

¹ Implantadas na PNPIC em 2006.

² Ampliação da PNPIC de 2017.

Uma sistematização recente³⁰ de estudos em cinco grandes municípios identificou quatro tipos básicos de inserção das PIC no SUS e na APS, geralmente associados entre si e com variações. O primeiro é a prática de PIC pelos profissionais convencionais da APS, sobretudo nas equipes de saúde da família. Nesse caso, a integração das PIC com o cuidado biomédico é ampla. O perfil da demanda e o acesso às PIC tendem a ser os mesmos da APS. Tais profissionais têm formação prévia em PIC ou foram capacitados em serviço. O acesso às PIC nessa modalidade é restrito ao local onde tais profissionais atuam.

O segundo tipo de inserção ocorre quando profissionais lotados na APS se dedicam exclusivamente à prática de uma PIC. A integração com a APS é menor, o acesso é direto e/ou referenciado e o perfil da demanda tende a ser mediado pela referência de profissionais biomédicos. Esse tipo exige o acréscimo de profissionais especializados em PIC às equipes de APS, o que coloca limites à sua expansão, consideradas as restrições na composição e financiamento das equipes da ESF e seu subdimensionamento atual.

O terceiro tipo ocorre quando profissionais matriciadores na APS praticam PIC, atendendo usuários referenciados individualmente e ou realizando atividades coletivas (estas muitas

vezes de acesso direto). Além de atender usuários referenciados, eles podem colaborar na educação em serviço de seus colegas generalistas em PIC.

Por último, o quarto tipo de inserção ocorre quando uma ou mais PIC estão em ambulatórios especializados (biomédicos ou só de PIC, estes existentes em poucas cidades³¹) e hospitalares, para os quais os usuários são referenciados. Os ambulatórios de especialidades com homeopatas e acupunturistas exemplificam esse tipo. Todavia, seu isolamento habitual da APS e a tendência de superlotação³¹ contraindicam este modo de inserção como via de expansão das PIC no SUS. Embora o exercício especializado delas seja necessário, ele deve ocorrer associado com matriciamento, para socialização desses saberes/práticas e negociação das referências e contrarreferências.

Os resultados disponíveis de pesquisas sobre PIC na APS brasileira investigando a percepção de profissionais e usuários convergem para uma satisfação bilateral com o uso e a efetividade das PIC³²⁻³⁸. Quando pesquisas investigam o conjunto dos profissionais da APS, os resultados mostram que a grande maioria não é praticante de PIC, as desconhecem relativamente e mostra interesse em aprender sobre elas^{39,40}.

Uma estratégia adequada à situação da

APS brasileira para a expansão das PIC é a associação do primeiro com o terceiro tipo de inserção descritos acima³⁰, que apenas não contempla os hospitais (estes têm uma dinâmica própria e vêm, aos poucos, valorizando as PIC, sobre o que pouco sabemos além do acima mencionado). Nessa associação, a inserção das PIC é via profissionais da ESF e dos Nasf ou outros serviços que pratiquem e matriciem em PIC, inserindo essas práticas no cotidiano do cuidado na APS.

Dada a situação de relativa desregulamentação ou pouca legitimação científico-profissional-institucional de várias delas, podemos considerar que elas vêm sendo testadas na APS, sob alguma longitudinalidade e sob o olhar dos profissionais da ESF, cuja proximidade dos usuários e competência biomédica funcionam como uma espécie de proteção contra possíveis efeitos adversos do uso das PIC (embora sejam considerados geralmente menores e menos frequentes que os dos tratamentos convencionais). A estratégia de inserção indicada implica investir na educação permanente em PIC e na sua incorporação à formação dos profissionais (graduação e pós-graduação), ambas hoje relativamente raras no Brasil.

Formação em PIC e APS

A formação em PIC no Brasil é insuficiente e difusa, com limitações na oferta e na qualidade. Ela está concentrada em instituições de ensino privadas, principalmente em cursos de

pós-graduação *lato sensu*. De modo geral, tende a reproduzir modelos de formação – com impacto na produção de cuidado – adequados à realidade da prática privada, que não atendem às necessidades da APS ou do SUS. Essa situação é reconhecida como um dos maiores desafios para a ampliação das PIC no SUS^{12,41-44}.

Quanto à formação em serviço, o MS oferta cinco cursos a distância sobre PIC em ambiente virtual de aprendizagem do SUS, a maioria de caráter introdutório, o que tem representado um estímulo aos profissionais da rede pública de saúde interessados no tema²⁶. Além desses, um curso semipresencial de auriculoterapia de 80 horas, financiado pelo MS, com polos regionais em 21 estados brasileiros, capacitou, em 2016 e 2017, mais de 4 mil profissionais⁴⁵. Houve também uma formação presencial para número semelhante de profissionais da ESF de todas as regiões do País em Terapia Comunitária e Integrativa. A terapia comunitária é uma técnica de condução de grupos criada no Brasil, voltada para a partilha de experiências, sofrimentos psíquicos e autoajuda comunitária⁴⁶.

Algumas secretarias municipais de saúde ofertam ações de educação permanente a seus profissionais e/ou cursos de especialização em uma ou mais PIC, especificamente voltados para a APS. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo oferta educação continuada em homeopatia para médicos da rede municipal e da ESF; criou uma residência multiprofissional em PIC, pioneira no País; oferece cursos de aprimoramento médico em prescrição de fitoterápicos, entre outros⁴⁷. A prefeitura de Florianópolis vem, desde 2010, oferecendo cursos teórico-práticos introdutórios de algumas PIC aos profissionais da ESF⁴⁸, incluindo um curso de acupuntura para médicos da APS⁴⁹.

Tais iniciativas não foram extensivamente mapeadas e investigadas, ocorrem majoritariamente em cidades de maior porte, mas podem ter um papel relevante diante da ignorância significativa e do interesse dos profissionais em atividade na APS com relação às PIC^{39,50}. Tanto virtuais (cursos a distância) quanto presenciais e semipresenciais, ações de educação permanente e continuada em PIC têm um papel ainda desconhecido na sua expansão e institucionalização na APS. Essa é uma estratégia promissora timidamente iniciada que merece maior atenção e exploração, cabendo indução financeira federal para que mais municípios o façam.

Quanto à inserção das PIC na formação universitária em saúde, no Brasil, ela se mostra inicial e modesta, distante da experiência de outros países. Estudo de Azevedo e Pelicione, de 2011, permitiu estimar que menos de 10% dos cursos de medicina oferecidos no País incluíam em seus currículos conteúdos de PICS⁴³. No cenário internacional, esses conteúdos estavam presentes em mais de 80% das escolas médicas canadenses em 1988, sendo acupuntura e homeopatia os mais ofertados; em cerca de 40% das escolas médicas da União Europeia em

1999; e em 64% das 117 escolas médicas norte-americanas pesquisadas em 1998⁴⁴. Estudos sobre iniciativas brasileiras de ensino mostram interesse dos alunos no aprendizado⁵¹⁻⁵³.

Nas universidades públicas brasileiras, o ensino de PIC está sendo introduzido gradativamente nos cursos de graduação da área da saúde e, em menor número, nos de especialização. Estudo no Rio de Janeiro⁵⁴, em 2014, identificou 46 disciplinas abordando PIC em cursos de saúde de seis instituições públicas de ensino superior, a maioria na graduação, cinco projetos de extensão, três cursos de especialização (dois em homeopatia e um em acupuntura) e duas ligas acadêmicas. As disciplinas estavam distribuídas em quase todas as subáreas da saúde, estando mais concentradas em cursos de medicina, farmácia e enfermagem. As PIC mais frequentes foram homeopatia, meditação e práticas corporais. O perfil das disciplinas era predominantemente opcional e informativo, com conteúdo voltado mais para as diferenças paradigmáticas do que para a integração das PIC no cuidado. Apesar de ser relevante o reconhecimento e a compreensão dessas diferenças, a ênfase excessiva nelas pode dificultar uma integração entre distintos saberes e práticas, na perspectiva da integralidade do cuidado. Disciplinas optativas sobre PIC existem em várias universidades brasileiras^{42-44,51-53}, mas parece haver resistência ou pouca evolução para sua incorporação pelos currículos formais, o que também dificulta a investigação acadêmica acerca do tema.

Para uma integração mais efetiva dessas práticas no cotidiano da APS, faz-se necessário que o ensino das PIC seja ofertado a um maior número de estudantes nos diversos cursos de saúde, ao longo de sua formação profissional, desde a graduação até a pós-graduação, com possibilidade de qualificação prática para aqueles que manifestem esse interesse. Essa é uma estratégia que demanda ações macropolíticas educacionais, dado o atraso do processo da incorporação desses conteúdos nas universidades e cursos na área da saúde no Brasil. Nesse sentido, cabe indução e ação dos Ministérios da Saúde e da Educação para a inserção oficial do tema das PIC, como conteúdo obrigatório nos cursos de graduação da área da saúde, sobretudo nos cursos cujos estudantes estarão envolvidos diretamente na assistência aos usuários, especialmente na APS; e estímulo à criação de cursos de pós-graduação nessa área, associados à pesquisa.

As ações de educação permanente nos serviços de saúde potencializam a formação específica em PIC, mas não a substituem. A integração de diferentes paradigmas e práticas de cuidado na formação profissional em saúde pode contribuir para melhorar o relacionamento com usuários, ampliar a integralidade do cuidado e tornar o trabalho em saúde mais resolutivo^{51,54-56}. Nas instituições públicas de ensino superior, destaca-se a importância de que o ensino de PIC seja orientado para os diversos cenários do SUS, com ênfase especial para a APS, conforme preconiza a PNPIC²⁵.

Pesquisa em PIC no Brasil e na APS

Nas últimas décadas, observa-se o crescimento de pesquisas em PIC no Brasil, apesar de elas serem ainda escassas. Isso pode ser evidenciado analisando três aspectos: fomento à pesquisa, grupos/linhas de pesquisas e publicações. No que se refere ao fomento, Sant'ana⁵⁷ analisou, entre os anos de 2002 e 2014, 173 editais, sendo 172 oriundos do Sistema Pesquisa Saúde. Destes, 110 eram editais do tipo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) (estaduais) e 62 editais do tipo Fomento (nacionais). Encontrou que apesar de as PIC não terem uma subagenda de pesquisa, foram contempladas em 19 editais, perfazendo 1% de todo o investimento no período, principalmente em editais do campo biomédico. O Nordeste teve o maior volume de investimentos nesse tema, recebendo R\$ 1.584.274,84 para execução de 32 projetos.

Em 2013, a pesquisa em PIC teve seu primeiro edital específico, o único durante os 10 anos de PNPIIC. O edital de Chamada MCTI/ CNPq/MS – SCTIE – Decit N° 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde contemplou pesquisadores de 10 estados. Os projetos investigaram as seguintes PIC: acupuntura (26%), fitoterapia (21%), auriculoterapia (10%), medicina antroposófica (4%), homeopatia (2%), meditação (2%), investigação de mais de uma PIC (16%); e 19% não especificaram nenhuma PIC. Tais achados denotam que o Edital contemplou o que era naquele momento institucionalizado pela PNPIIC, no entanto, como se viu acima, é vasta a diversidade atual de PIC existente no SUS, carente de mais investigações que elucidem seus limites e potencialidades na APS. Há diversidade também nos grupos de pesquisa registrados no Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://lattes.cnpq.br/web/dgp>). Em 2017, a presença das PIC nesse diretório se deu com diferentes designações, categorias e ou conceitos, tais como: medicina alternativa, complementar, integrativa, racionalidades médicas, saúde, vibração mecânica, auto-humanescente, vitalismo, entre outros; indicando a heterogeneidade e a polissemia que envolvem o tema. Os grupos de pesquisas estão inseridos em diferentes áreas, como a biofísica, sociologia, medicina veterinária, agronomia e outras áreas da saúde; sendo o maior número na saúde coletiva, com 27 grupos. Ao todo, são 59 grupos de pesquisas que estudam especificamente as PIC ou que possuem uma linha de pesquisa vinculada a elas. Nota-se que há necessidade de investigações que possam produzir um arcabouço teórico integrador, e que proporcionem a construção de análises mais aprofundadas em cada campo. No momento, observa-se que, entres as categorias e linhas de pesquisas apresentadas pelos grupos, há uma generalização do termo PIC que se tornou um 'guarda-chuva' para os mais diferentes objetos de investigação, inclusive fora do campo da saúde.

Apesar da diversidade de grupos de pesquisa, a produção científica nacional ainda é pequena. Na base de dados Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), de 7.243 publicações científicas sobre PIC entre os anos de 2006 e 2016, apenas 285 (3%) têm afiliação institucional brasileira. Porém, nota-se que 69% destas têm também como descritor 'atenção primária em saúde', ressaltando a potente relação das PIC com a APS em pesquisa.

Uma revisão de literatura, entre 2002 e 2011, sobre PIC na APS na Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed/Medline resultou em apenas 22 artigos brasileiros, de um total de 180 publicações de acesso aberto contendo no título ou resumo, pelo menos, um dos descritores selecionados (homeopatia, acupuntura, fitoterapia, práticas corporais associados à APS, em espanhol, inglês ou português). Houve dispersão em 106 periódicos, indicando não haver veículos especializados em PIC na APS. Das publicações, 80% eram europeias, principalmente inglesas (50%), provavelmente pela força da sua APS; e 30%, norte-americanas. Pouco mais da metade tinha abordagem quantitativa (sobretudo ensaios clínicos); 30%, abordagens qualitativas; e 20% discutiam políticas públicas, promoção e gestão do uso das PIC⁵⁸.

As PIC merecem amplo estudo tanto do ponto de vista de sua efetividade quanto de sua constituição enquanto saber e técnica. É necessário desviar da tendência atual de reduzir seu estudo às teorias e métodos biomédicos, que geralmente são comparadas com a biomedicina a partir da nosologia, teorias e práticas terapêuticas desta última^{58,59}. Várias PIC podem e devem ser investigadas na sua ação sem necessariamente se tomar a biomedicina como verdade *a priori*, o que complexifica as metodologias e as torna, ao mesmo tempo, mais pragmáticas, menos cegas para os seus próprios pressupostos e mais dialógicas com os saberes de outros sistemas de cuidado¹⁶. As PIC concentram em si o importante e estratégico desafio de romper com o monopólio tecnológico da farmacoterapia no cuidado terapêutico da APS, excessivamente medicalizador e iatrogênico. Nesse sentido, elas podem ser consideradas uma rica fonte de recursos interpretativos e terapêuticos, capaz de diversificar as abordagens de muitos problemas trazidos pelos usuários aos profissionais da APS.

Considerações finais

De forma dispersa, profissionais da ESF têm sido os protagonistas das PIC no SUS. Isso indica que elas devem estar trazendo efetividade à sua prática, visto que eles têm investido tempo e recursos em formação e depois no exercício das PIC.

As PIC podem ser inseridas na APS para ampliação do leque terapêutico, bem como em equipes e serviços especializados que matriciem a APS, contribuindo para sua educação per-

manente (além de em espaços hospitalares, aqui não tematizados). Elas parecem estar mais presentes na APS, mas não sabemos ao certo como e quando. O seu crescimento nos dados oficiais parece estar associado mais à possibilidade recente de seu registro e à forma de divulgação do que a um movimento consistente de sua inserção institucional na APS.

Há grande diversidade de PIC em uso e pouca pesquisa sobre sua oferta no SUS e na APS. Sua aceitação crescente no mundo e no Brasil parece incontestável, mas seu potencial de contribuições ao cuidado na APS ainda é pouco explorado. A sua presença nas graduações da área da saúde no Brasil é incipiente, gerando relativa ignorância na maioria dos profissionais. Experiências pioneiras de municípios em educação permanente em PIC têm mostrado resultados de socialização de algumas delas, mas isso ainda é localizado e não tem se expandido significativamente, talvez devido à fragmentação da APS no País, que depende majoritariamente dos gestores municipais.

Os Ministérios da Saúde e da Educação devem investir em pesquisas e ensino na graduação e pós-graduação, voltados aos profissionais em formação e em atividade, para criar uma massa crítica de pesquisadores, professores e praticantes de PIC nas universidades e nos serviços de saúde. Outrossim, devem também estimular, inclusive financeiramente, os municípios que as ofertam e que capacitam os trabalhadores de forma institucionalizada. Na APS, as PIC são um grande potencial de recursos interpretativos, terapêuticos e de promoção da saúde quase todo por explorar.

Referências

1. Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. 1978. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
2. Homa L, Rose J, Hovmand PS, et al. A Participatory Model of the Paradox of Primary Care. *Ann Fam Med* 2015; 13(5):456-465.
3. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. Geneva: WHO; 2013.
4. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Carroll & Graf; 2000.
5. Rose N. Beyond medicalisation. *Lancet* 2007; 369 (9562):700-702.
6. Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, et al. Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. Durham: Duke University Press; 2010.
7. Organização Mundial de Saúde. Medicina tradicional. informe de La secretaria [internet]. In: 56ª Asamblea mundial de la salud, punto 14.10 del orden del día provisional. 2003 Mar 31. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/80004>.
8. BMJ. Half of general practices offer patients complementary medicine. *BMJ* [internet]. 2003; 327 (7426):1250-f. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7426/1250-f?eaf>.
9. Levin JS, Jonas WB, editores. Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole; 2001.
10. Helman CG. Cultura Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990- 1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280(18):1569-1575.
12. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(8):1732-1742.
13. Andrade JT. Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EdUFBA; EdUECE; 2006.
14. Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* 2016; 30(86):99-112.
15. Souza EFAA, Luz MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist.*

cienc. saude-Manguinhos. 2009; 16(2):393-405.

16. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(12):3595- 3604.
17. Siegel P, Barros NF. O que é a Oncologia Integrativa? *Cad. saúde colet*. 2013; 21(3):348-354.
18. Mcwhinney IR. Manual de medicina de família e comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Art-med; 2010.
19. Tesser CD, Sousa IMC. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades afetivas. *Saúde Soc*. 2012; 21(2):336- 350.
20. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA* 1998; 279(19):1548-53.
21. The Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioners of services for people with medically unexplained symptoms [internet]. 2017. [acesso em 2018 maio 30]. Disponível em: <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-mus-guide.pdf>.
22. Brasil. TabnetDasus [internet]. [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>.
23. Brasil. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-2 Ciclo [internet]. [acesso em 2018 maio 8]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.
24. Sousa IMC, Bezerra AFB, Guimarães MBL, et al. Relatório de Pesquisa do CNPq- Avaliação dos Serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste. 2016. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: http://cnpq.br/relatorios-de-pesquisa?p_p_id=relatoriopesquisabuscaportlet_WAR_relatoriopesquisabuscaportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&modoBusca=textual.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ampliação da PNPICT [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 3]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/>

portaldab/documentos/informe_pics_maio2017.pdf.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional. Diário Oficial da União. 22 mar 2018
28. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNEs). [acesso em 2017 nov 27]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>.
29. Sousa IMC, Bodstein RCA, Tesser CD, et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cad Saúde Pública. 2012; 28(11):2143-2154.
30. Sousa IMC, Tesser CD. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad Saúde Pública 2017; 33(1):e00150215, 2017.
31. Lima KMSV, Silva KL, Tesser CD. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. Interface (Botucatu) 2014; 18(49):261-272.
32. Tesser CD. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: Luz, MT, Barros, NF, organizadores. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Uerj; 2012. p.251-283.
33. Faqueti A, Tesser CD. Utilização de Medicinas Alternativas e Complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: percepção de usuários. Cien. Saude Colet. [internet]. 2016 ago. [acesso em 2018 fev 7]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/utilizacao-de-medicinas-alternativas-e-complementares-na-atencao-primaria-a-saude-de-florianopolissc-percepcao-de-usuarios/15829>.
34. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. Ciênc Saúde Colet. 2005; 10 (supl. 1):255-266.
35. Nagai SC, Queiroz MS. Medicina Complementar e Alternativa na Rede Básica de Serviços de Saúde de Campinas: uma aproximação qualitativa. Ciênc Saúde Colet. 2011; 16(3):1793-1800.
36. Monteiro DA, Iriart JAB. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: Representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. Cad Saúde Pública. 2007; 23(8):1903-1912.

37. Santanna C, Hennington ÉA, Junges JR. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface (Botucatu)* 2008; 12(25):233-246.
38. Silva ER, Tesser CD. Experiência de pacientes com acupuntura no SUS e (des)medicalização social. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(11):2186-2196.
39. Thiago SCS, Tesser CD. Terapias complementares na percepção de médicos/enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis. *Rev. Saúde Pública.* 2011; 45(2):249-257.
40. Rosa C, Camara SG, Beria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet.* 2001; 16(1):311- 318.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Relatório de Gestão 2006-2010. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2011.
42. Barros NF, Siegel P, Otani MAP, organizadores. O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções. São Paulo: Hucitec; 2011.
43. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab. educ. saúde (online)* 2012; 9(3):361-378.
44. Teixeira MZ. Panorama mundial da educação médica em terapêuticas não convencionais (homeopatia e acupuntura). *Rev Homeopatia, São Paulo,* 2017; 80(1/2):18-39.
45. Botelho LJ. Formação em Auriculoterapia para profissionais de saúde da Atenção Básica. Relatório Final. Florianópolis: UFSC, 2017.
46. Barreto AP, Barreto MCR, Barreto DOICH, et al. A inserção da Terapia Comunitária e Integrativa na Estratégia de Saúde da Família. Fortaleza, 2011. [acesso em 2018 out 14]. Disponível em: https://www.academia.edu/22384738/BARRETO_A._de_P._BARRETO_M._C._R._GOMES_D._O._BARRETO_I._C._de_H._C._ABDALA-COSTA_M._P._-_TERAPIA_COMUNIT%C3%81RIA_INTEGRATIVA_NA_ESF_SUS.
47. Prefeitura de São Paulo. Secretarias. Saúde. Atenção Básica. Medicinas Tradicionais. [acesso em 2018 jan 26]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/medicinas_tradicionais/index.php?p=20392.
48. Santos MC, Tesser CD. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11):3011-3024.
49. Moré AOO, Tesser CD, Min LS. Integrating acupuncture into primary health care: the

experience of an educational model implemented within the Brazilian Unified Health System in Florianópolis. *Acupunct Med.* 2016; 34(6):476-481.

50. Gontijo MBA, Nunes MF. Práticas integrativas e complementares: conhecimento e credibilidade de profissionais do serviço público de saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2017; 15(1):301-320.
51. Oliveira IF, Peluso BHB, Freitas FAC, et al. Homeopatia na graduação médica: trajetória da Universidade Federal Fluminense. *Rev. bras. educ. med.* 2017; 41(2):240-250.
52. Christensen MC, Barros NF. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. *Rev. bras. educ. med.* 2010; 34(1):97-105.
53. Feitosa MHA, Soares LL, Borges GA, et al. Inserção do conteúdo fitoterapia em cursos da área de saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2016; 40(2):197-203.
54. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trab. educ. saúde.* 2018; 16(2):751-772.
55. Broom A, Adams J. Uma sociologia da educação em saúde integrativa. In: Nascimento MC, Nogueira MI, organizadores. *Intercâmbio solidário de saberes em saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 139-153.
56. Haramati A, Adler SR, Wiles M, et al. Innovation and collaboration: the first international congress for educators in complementary and integrative Medicine. *Explore (NY)*. 2013; 9(2):118-120.
57. Sant'ana V. Análise do fomento do SUS à produção científica em práticas integrativas e complementares em saúde (2002 a 2014): contribuições da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde [trabalho de conclusão de curso]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016. 71 p. [acesso em 30 maio 2018]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/16305>.
58. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.*, Rio de Janeiro 2015; 20(10):3263-3273.
59. Souza EFAA, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2011; 18(1):155-174.

Parte 2

Experiências de
Gestão, Formação
e Cuidado

5



Experiencia cubana en la vigilancia de la seguridad del consumo de productos naturales y acupuntura

Ana Julia García Milián
Ana Karelía Ruiz Salvador
Johann Perdomo Delgado
Evelyn Anie González Pla
Ricardo Cortés Salazar

Introducción

La Vigilancia en Salud es una de las fortalezas del Sistema Nacional de Salud Cubano, en el cual los profesionales sanitarios desempeñan una labor fundamental en cada nivel del mismo como ente activo de dicha vigilancia. Tal empeño demanda de una formación académica con un enfoque biopsicosocial, acompañado del desarrollo de un pensamiento salubrista desde el mismo inicio de su formación.

Se le denomina Vigilancia en Salud al seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública, incluyendo como elementos básicos la diseminación de dicha información a los que necesitan su conocimiento, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control (CDC, 1990).

En el momento en que se inicia la comercialización de un nuevo medicamento, los resultados de los ensayos clínicos son la base del conocimiento que se posee sobre los efectos de estos en la población. Sin embargo, los mismos son aparentes debido a que los objetivos y condiciones en los que se desarrollan difieren de la realidad y por tanto tiene escasas posibilidades de predecir los resultados que se obtendrán en la práctica clínica. Estas diferencias son analizadas en diferentes estudios y tienen implicaciones en la efectividad, seguridad y eficiencia de los fármacos. El verdadero perfil beneficio/riesgo de un medicamento se establece en las condiciones de trabajo habitual (García et al., 2013).

Todos los fármacos son capaces, con mayor o menor frecuencia, de producir reacciones adversas medicamentosas (RAM). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), RAM es aquella *“reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un medicamento, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función”*. En la actualidad se prefiere *“efecto no deseado atribuible a la administración de...”* y reservar la definición original de la OMS para el concepto de acontecimiento adverso, el cual no implica necesariamente el establecimiento de una relación de causa a efecto (OPS, 2010).

La Farmacovigilancia es una materia de las ciencias de la salud con un alto contenido técnico y científico, pero que además impacta directamente sobre la sociedad. Representa un eslabón fundamental en el ciclo de la vida de los medicamentos, una vez que han sido registrados y puestos a la disposición de los pacientes para su uso. Es el conjunto de procedimientos con que se sistematiza la detección, registro, notificación e información de reacciones adversas, ocasionadas por los medicamentos, productos biológicos y medicinas tradicionales

después de su aprobación y registro, con el fin de determinar posible causalidad, frecuencia de aparición, gravedad y establecer las medidas preventivas que llevan al uso más racional de medicamentos y a la optimización de la relación beneficio/riesgo. (WHO, 2010).

La Medicina Natural y Tradicional en Cuba

Cuba reconoce la Medicina Natural y Tradicional (MNT) como una especialidad médica, integradora y holística de los problemas de salud, que emplea métodos para la promoción de salud, prevención de enfermedades, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a partir de los sistemas médicos tradicionales y otras modalidades terapéuticas que se integran entre sí y con los tratamientos convencionales de la medicina occidental moderna (MINSAP, 2015).

En el mundo se utilizan otras denominaciones, pero en la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023 (2013), este organismo internacional utiliza los términos “Medicina Tradicional y Complementaria” (MTC), en los que se fusionan los conceptos “Medicina Tradicional” (MT) y “Medicina Complementaria” (MC), a la vez que incluye productos, prácticas y profesionales. Por separado, la Medicina Tradicional tiene una larga historia y es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.

Por otro lado, la Medicina Complementaria, en algunos casos “alternativa”, alude a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición, ni de la medicina convencional de un país dado, ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la Medicina Tradicional.

En el caso particular de Cuba, aparece documentada por el propio Cristóbal Colón la primera referencia escrita sobre el uso de plantas medicinales por aborígenes cubanos. Con fecha de 5 de noviembre de 1492, apuntó el Gran Almirante en su diario: “...diz que dixo un indio por señas que el almáciga es buena para cuando les dolía el estómago...” (Tápanes Galván y otros, 2013).

Es necesario decir que desde 1978 la OMS definió la Medicina Tradicional como un basamento de la atención primaria, y la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME por sus siglas en inglés) plantea, en sus estándares en educación médica básica, la pertinencia de incluir los contenidos de Medicina Tradicional y Complementaria. Específicamente el estándar 2.6 plantea que *“La Facultad de Medicina debe describir el contenido, la extensión y la secuencia de los cursos y otras actividades curriculares, incluyendo el equilibrio entre el contenido nuclear troncal y el optativo, el papel de la promoción de la salud, la medicina preventiva y*

la rehabilitación, así como la relación con las prácticas tradicionales o alternativas". Todo esto habla a favor de la vigencia de estos temas a nivel internacional.

Desde la década de los años noventa del pasado siglo, y cada vez con más fuerza, el país ha introducido la MNT como alternativa terapéutica dentro del Sistema Nacional de Salud. De manera oficial están reguladas en Cuba la acupuntura y sus técnicas afines, la fitoterapia, la apiterapia, la homeopatía, la terapia floral, la ozonoterapia, la hidrología médica, la heliotalasoterapia, los ejercicios terapéuticos tradicionales y la orientación nutricional naturista (MINSAP, 2015). Estos procedimientos utilizados en la MNT tienen generalmente en común el objetivo de prevenir y tratar las enfermedades, mediante la activación de las capacidades individuales o de los recursos biológicos naturales con que cuenta el organismo, al mismo tiempo que armoniza a este con la naturaleza, de ahí el empleo y práctica de ejercicios, masajes, dietas, plantas, entre otros.

El uso adecuado de estos métodos y técnicas terapéuticas amplía significativamente las posibilidades de los profesionales de la salud cubanos en el tratamiento de los pacientes, a la vez que recurrir a tales recursos contribuye a disminuir el uso de fármacos sintéticos y otros procedimientos más invasivos, que tienen con frecuencia mayor número de efectos colaterales y reacciones adversas. Sin embargo, se requiere que su empleo sea personalizado, sobre la base de los conocimientos de la MNT y tomando en cuenta las evidencias biomédicas disponibles, lo cual resulta necesario para el desarrollo de una verdadera medicina integrativa.

Farmacovigilancia en Cuba

En Cuba con la Ley de la Salud Pública, en el artículo 10 de la sección octava, y su decreto 139 Reglamento de la Ley de la Salud Pública (febrero de 1988), se regulan los procedimientos para contribuir a que se comercialicen medicamentos seguros, eficaces y de calidad. Esto presupone una autorización sanitaria y registro previos a la comercialización. Dicha intervención pública prosigue una vez que el medicamento es puesto a disposición de los profesionales de la salud y los pacientes.

El Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica fue creado por Resolución Ministerial de Salud Pública, el 21 de septiembre de 1976. El mismo fue ubicado en la Dirección Nacional de Farmacias y Ópticas. Al surgir la red de Farmacoepidemiología se impulsa esta actividad, que de hecho da un salto en cantidad de notificaciones recibidas, como resultado del trabajo desarrollado y la acción desplegada por los farmacoepidemiólogos de dicha red.

Es en este marco que se decide, a mediados de 1999, crear la Unidad Coordinadora Nacional de Farmacovigilancia (UCNFv), en el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

logía (CDF), por la Resolución Ministerial 26 de julio de ese año, para dar cumplimiento a los objetivos que se trazan en el perfeccionamiento del sistema cubano de Farmacovigilancia. En estos momentos estas funciones se desarrollan en el departamento de Farmacoepidemiología de la Dirección de Medicamentos del MINSAP. (Jiménez *et al.* 2006).

Eventos adversos a la Acupuntura y sus técnicas afines

La Acupuntura, modalidad terapéutica de la Medicina Tradicional Asiática, consiste en la colocación de agujas en puntos de la piel con estimulación manual. Existen también otras formas más modernas de estimulación como la Electroacupuntura, la Farmacopuntura, la implantación de catgut y el empleo de Laser u otros agentes físicos, a la vez que la Moxibustión y las Ventosas se consideran técnicas afines a esta (MINSAP, 2015).

Aunque la literatura disponible sobre la práctica de la Acupuntura indica que existe un riesgo muy bajo de efectos adversos (un efecto secundario serio cada 5000 sesiones), es probable que suceda habitualmente una falta de comunicación de los mismos a un organismo que pueda reunirlos y hacer las valoraciones oportunas. Por ejemplo, existen pocas notificaciones sobre la incidencia de pneumotórax y suelen asociarse a una mala técnica, pero es necesario definir los factores de riesgo que pueden actuar como variables de confusión para realizar posteriormente valoraciones exactas. Así, un paciente fumador o con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que está siendo tratado con Acupuntura, tiene más posibilidades de padecer un pneumotórax que puede ser espontáneo o debido a mala técnica (García *et al.*, 2015).

En su documento *“Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la Acupuntura”* (2002), la OMS refiere como eventos adversos a esta modalidad terapéutica el desvanecimiento, las convulsiones, el dolor, la aguja bloqueada, la aguja rota y la infección local. Además, describe las quemaduras durante la Moxibustión.

Dentro de los eventos adversos relacionados con la Acupuntura referidos en la literatura internacional se reportan también los hematomas, equimosis, trombosis venosa, hemorragia interna, taponamiento cardiaco, alteración de marcapasos a demanda (por la electroacupuntura de baja frecuencia), endocarditis bacteriana aguda (por auriculopuntura), embolismo aéreo intracerebral, hematoma epidural, quemaduras (por aguja de fuego y aguja caliente, además de por Moxibustión), dermatitis de contacto, celulitis, urticaria, infección articular, hepatitis virales, septicemia por *Staphylococcus aureus*, pericondritis auricular, etc. También se han documentado eventos fatales por Acupuntura. Sin embargo, como fue mencionado, la mayoría de estos eventos se presentan de forma infrecuente.

Seguridad y Farmacovigilancia de los fitofármacos

La OMS mantiene el Centro de Monitoreo de Medicinas Herbarias (Upsala Monitoring Center, UMC por sus siglas en inglés) en Upsala, Suecia, y este ha desarrollado un sistema comprensivo de identificación, confirmación y divulgación oportuna de reacciones adversas a las medicinas herbarias, tomando en cuenta detalladamente la identidad y la composición exactas de estos productos.

El UMC es responsable de supervisar y analizar datos de seguridad y toxicidad de las medicinas convencionales y herbarias recogidas en más de 44 países alrededor del mundo. Con respecto a las medicinas herbarias la OMS ha recomendado el uso constante y sistemático de la nomenclatura binomial latina y del uso de la Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC) para categorizar a las diferentes plantas medicinales (Ruiz *et al.*, 2015). El reporte de reacciones adversas por parte de los fabricantes y de los dueños de licencias comerciales, así como los profesionales de la salud debe ser obligatorio.

El creciente consumo de plantas medicinales, los riesgos e incertidumbres acerca de sus efectos farmacológicos y la posibilidad de aparición de interacciones con otros medicamentos deben hacer reflexionar sobre el modo de registrar el consumo de estos productos en la historia clínica y su consideración como posibles causantes de efectos adversos.

Por otra parte, el conocimiento de que los productos herbarios, lejos de ser inocuos pueden ocasionar efectos adversos, debe estimular a los profesionales sanitarios para transmitir prudencia a los pacientes con respecto al consumo de estas sustancias.

Reacciones adversas asociadas a la Fitoterapia y Acupuntura en Cuba

El uso de productos naturales no solo se circunscribe a los países que conforman el mundo “oriental”, sino que es también fundamental dentro del abordaje médico de la sociedad occidental, a partir del uso de tratamientos farmacológicos o no, como es el caso de la Acupuntura. La mayoría de los grupos de fármacos se descubrieron y se desarrollaron a partir del reino vegetal, aunque en la actualidad se produzcan sintéticamente. Este aumento en el consumo de productos naturales es debido principalmente a la percepción de que al ser “naturales” sólo pueden ser beneficiosos y carecen de riesgos para la salud.

Integrar la Medicina Tradicional en el sistema de salud oficial, como sucede en Cuba, garantiza un nivel más alto de seguridad y un seguimiento más adecuado de los pacientes que emplean esta modalidad de tratamiento. Desde el año 1991, el Ministerio de Salud Pública en coordinación con las Fuerzas Armadas Revolucionarias, la Academia de Ciencias de Cuba

y otros organismos, elaboró y puso en práctica un plan directriz para extender masivamente y en corto plazo la Medicina Natural en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Para ello el ministro de Salud Pública aprobó la resolución 261/2009 que aumenta la cobertura de utilización de las técnicas de la Medicina Natural y Tradicional, con fines asistenciales, docentes y de la investigación científica. (MINSAP, 2015)

Teniendo en cuenta la extensión del uso de la Medicina Tradicional y Natural, y los resultados obtenidos, se dicta la Resolución Ministerial No. 9, que pone en vigor el Programa Nacional para el Desarrollo y Generalización de la MNT, con la participación prioritaria de los Ministerios de Salud Pública, de la Agricultura, de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente y de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. Este Programa permitió la organización y perfeccionamiento del empleo de la Medicina Tradicional y Natural en la Red asistencial, sentando las pautas para la capacitación, aseguramiento e investigación en la especialidad en el país. (MINSAP, 2011)

Si bien el Sistema Nacional de Farmacovigilancia realiza cada año un informe de las RAM producidas por los productos naturales del Cuadro Básico de Medicamentos que circulan en el país, el mismo, por su carácter anual no permite hacer un análisis integral del comportamiento de esta variable en el tiempo, es decir la mirada es en periodos cortos de tiempo y no de series temporales. Por otra parte la producción científica relacionada con el tema es escasa y abarcan periodos de tiempo muy cortos.

Todos estos elementos justifican la necesidad de realizar estudios de tal forma que se disponga de elementos para hacer una práctica racional de la Medicina Natural, mejorando la efectividad y previniendo la aparición de RAM, con el objetivo, entre otros, de disminuir los costos sanitarios y no sanitarios asociados a las RAM. Además de facilitar el diagnóstico y seguimiento de los efectos indeseados y generar señales al Sistema de Salud, para prevenir y garantizar una mayor calidad de la atención médica que se brinda.

En tal sentido se realizó una investigación que permitió caracterizar las reacciones adversas asociadas al uso de los fitofármacos y acupuntura en Cuba en el período 2003-2010. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se consideró elegible a la totalidad de los reportes de sospechas de reacciones adversas producidas por fitofármacos y acupuntura a la Unidad Coordinadora Nacional de Farmacovigilancia durante el periodo de estudio.

Las sospechas de RAM fueron clasificadas según el órgano afectado, la severidad y la imputabilidad, se creó un grupo de 7 expertos farmacólogos, especialistas de Medicina General Integral y en Medicina Natural y Bioenergética con experiencia en el tema de más de cinco

años. En su selección se tuvo en cuenta los siguientes criterios: competencia (efectividad de la actividad profesional del experto), creatividad, disposición a participar, conformidad, capacidad de análisis, espíritu colectivista y autocrítico.

Para la relación de imputabilidad se siguió los criterios de Karch y Lasagna modificado por Naranjo. El sistema de órganos afectados y la severidad se clasificaron según las Normas y Procedimientos del Sistema Cubano de Farmacovigilancia.

Los resultados del estudio mostraron que la mayoría de los reportes de RAM se distribuyeron en el grupo de adultos (65.5 %) para los fitofármacos y (73.7%) para la acupuntura. El *Allium sativum* L tintura y jarabe (14.0%) y el *Aloe vera* L (7.7%) fueron los fitofármacos más notificados, provocando manifestaciones en aparato digestivo y piel de tipo leve. La lipotimia (24,7%), los hematomas (17,0%) y el sangrado (14,4%) fueron los tipos de evento que con mayor frecuencia se reportaron para la acupuntura. El órgano más afectado por las reacciones adversas por fitofármaco fue el digestivo, mientras que para la acupuntura fue el aparato general, zona de aplicación donde se presentaron más de la mitad de las RAM (54.6%). La mayoría de éstas fueron clasificadas de leves y probables. (ver Gráfico 1y tabla 1)

Gráfico 1. Distribución de pacientes con sospechas de reacciones adversas producidas por fitofármacos y acupuntura en Cuba según grupos de edades.

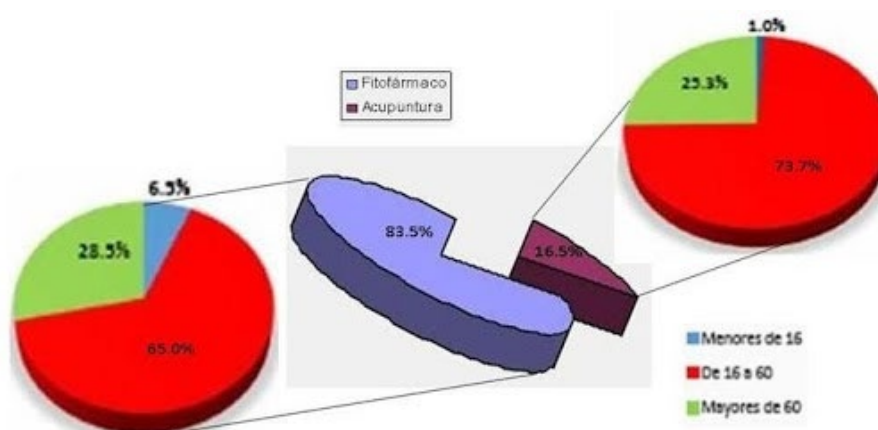


Tabla 1. Reacciones adversas notificadas con el uso de fitofármacos y acupuntura según severidad. Cuba, 2003-2010

Severidad	Reacciones adversas notificadas			
	Fitofármaco		Acupuntura	
	No.	%	No.	%
Leve	642	65.4	134	69.1
Moderada	339	34.5	59	30.4
Grave	1	0.1	1	0.5
Total	908	100	194	100

Este trabajo permitió concluir que las sospechas de reacciones adversas asociadas al uso de fitofármacos son similares a la reportada para los medicamentos de síntesis química, siendo el ajo y la sábila los fitofármacos más frecuentes en los adultos, provocando manifestaciones en aparato digestivo y piel de tipo leve. Por su parte con el uso de la acupuntura se caracterizó por la presencia de reacciones leves y probables en adultos, siendo la lipotimia el tipo de RAM notificado con mayor frecuencia.

Retos del sistema cubano de Farmacovigilancia

Los medicamentos constituyen la tecnología sanitaria más empleada en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria. Su utilización es algo cotidiano en la población y si se hace de forma racional pueden obtenerse relevantes beneficios. Sin embargo, el incremento del número de fármacos disponibles, unido al creciente hábito de buscar en la prescripción de medicamentos la solución a todos los problemas de salud tiene el efecto indeseable de hacer que estos no siempre se empleen de la manera más apropiada. Su uso para resolver un problema de salud puede provocar efectos indeseables o secundarios.

El consumo de medicamentos es un fenómeno complejo, multifactorial, que involucra al medicamento como tecnología sanitaria, al sistema de salud responsable de realizar una oferta adecuada de los mismos y la respuesta conductual del consumidor como consecuencia de la interacción con el prescriptor y dispensador, teniendo como sustento sus conocimientos, actitudes y prácticas, todos estos elementos unidos al contexto. Las prácticas de consumo de medicamentos se consideran como una actividad realizada de forma continua. Para caracterizarlas, se tienen en cuenta características de la población que realiza dicha acción (distribución por grupo de edades, sexo, ocupación, escolaridad) y de la acción en sí, el consumo (consumo de medicamento, grupo farmacológico consumido, origen del consumo, padecimientos para los cuales se automedicaría, cumplimiento terapéutico).

Este consumo puede traducirse tanto en términos beneficiosos como perjudiciales, en este último caso se reflejan en las reacciones adversas que pueden aparecer siempre que haya exposición a un medicamento. Por eso es que se considera el consumo de medicamentos como la medida real de la exposición de una población a los fármacos.

En Cuba, la producción de medicamentos está en manos del estado. La industria trabaja en coordinación con el Sistema Nacional de Salud y se encarga de producir y distribuir los medicamentos en función del cuadro epidemiológico del país. Se desarrolla una estrategia educativa mediante el empleo de los medios masivos de difusión, con vistas a promover el uso

racional de los medicamentos, con especial énfasis en el aumento del cumplimiento terapéutico y la disminución de la automedicación.

A pesar de que en nuestro país todos tenemos acceso a los servicios de salud y por supuesto a los medicamentos, sería oportuno examinar con detalle el patrón de consumo y las condiciones de vida. En este sentido debemos plantear que el medicamento es la tecnología sanitaria más usada en la sociedad, el estudio del mismo según los determinantes sociales de la salud permitirían caracterizar el consumo de medicamentos en la población desde dos direcciones: de lo macrosocial hacia lo microsocioal -tomando como base las políticas sociales y del sector salud, los patrones socioculturales y demográficos de la población y los consumidores - y la otra dirección, de lo microsocioal a lo macrosocial, donde se parte de los medicamentos consumidos -tipo y subtipo - (qué, cómo y cuánto consumen); razones y tipología del consumo (autoconsumo o por prescripción; por qué y cuándo son consumidos). Estas dos formas de analizar el problema nos brinda una visión integral del mismo, de manera que permita a los prestadores y, al sistema de salud en particular, así como a los sectores de la comunidad y, los gobiernos de forma general, a desarrollar políticas, estrategias y acciones correctivas con el objetivo de modificar actitudes y conductas acordes con la problemática del significado de los medicamentos en la sociedad contemporánea.

Los ambientes sociales y estilos de vida sanos, al igual que conocimientos, comportamientos y aptitudes de adaptación para hacer frente a la vida de manera sana, son influencias claves en la salud. En este sentido sería interesante desarrollar investigaciones desde la perspectiva de las condiciones de vida como determinantes de los patrones de consumo de medicamentos de la población, tanto en términos beneficiosos como perjudiciales, así como la influencia de la combinación de ambos en la calidad de la salud de la población.

A lo antes mencionado y a juicio de los autores se suma la baja percepción de riesgo que tienen los profesionales de la salud y la población en general sobre la seguridad de los productos naturales. Este particular hace que exista un sub registro de notificación de sospecha de RAM y por consiguiente los patrones formulados no muestran el verdadero perfil de seguridad de estos.

La MNT, la Farmacovigilancia y la integración de estos procedimientos en los sistemas sanitarios

De forma general, la Fitoterapia y la Acupuntura, como modalidades terapéuticas de la MNT, son relativamente seguras. Si bien los reportes de eventos y reacciones adversas relacionados con su práctica muestran patrones seguros de empleo, no necesariamente son

tratamientos totalmente inocuos. Es necesario que tanto profesionales como público general ganen conciencia de los beneficios, limitaciones, contraindicaciones y posibles efectos no deseados de estos tratamientos. Profundizar en estos temas constituye un reto para consolidar el desarrollo de la internacionalmente denominada Medicina Tradicional y Complementaria (MTyC).

Bibliografía

_____. Resolución Ministerial 381. La Habana, MINSAP, 2015.

_____. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013.

Centers for Disease Control. Case definitions for public health surveillance. MMWR, 39, (RR-13): 1-43, 1990.

García, A. J. et al. Seguridad del consumo de fitofármacos. **Experiencia en Farmacovigilancia**. La Habana: ECIMED/OPS/ENSAP, 2013.

García, A. J.; Perdomo, J.; Alonso L.; & Ruiz A. K. Reacciones adversas asociadas a la práctica de acupuntura en Cuba. **Horizonte Sanitario**, 14 (3): 111-118, 2015.

Jiménez, G.; Debesa, F.; González, B.; Ávila, J.; & Pérez, J. . El Sistema Cubano de Farmacovigilancia: seis años de experiencia en la detección de efectos adversos. **Revista Cubana de Farmacia**, 40(1). 2006 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152006000100002&lng=es&tlng=es [Recuperado en 26 de mayo de 2017]

MINSAP. **Programa para el desarrollo y la generalización de la medicina tradicional y natural**. La Habana: MINSAP, 1997.

Organización Mundial de la Salud (OMS). **Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la Acupuntura**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Buenas Prácticas de Farmacovigilancia para las Américas. Documento Técnico No. 5, Washington, **Red Panamericana de Armonización Farmacéutica**, 2010.

Ruiz S, A.; García, M. A.; Alonso C. L.; Jiménez, L. G.; Alfonso, O. I.; & Carrazana Lee, A.). Vigilancia de las reacciones adversas por fitofármacos en Cuba en el período 2003-2010. **Revista Cubana De Plantas Medicinales**, 20(1). 2015. Disponible en: <http://www.revplantasmedicinales.sld.cu/index.php/pla/article/view/139/108> [Recuperado en 26 de mayo de 2017].

Tápanes Galvan, W.; Fuentes García, S.; Ferreiro García, B. et al. Breve reseña sobre la historia de la salud pública en Cuba. **Revista Médica Electrónica**, 35(1), 88-94. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000100010&lng=es&tlng=es [Recuperado en 26 de mayo de 2017].

World Federation for Medical Education. Educación Médica Básica. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. **Educación Médica**, 7(supl. 2):7-18, 2004.

World Health Organization. Report of the CIOMS Working Group VIII. **Practical Aspects of Signal Detection in Pharmacovigilance**. CIOMS, Geneva, 2010.



Medicina Integrativa en Pediatría y Neonatología en Argentina

Paulo Cáceres Guido
Adriana Macchi
Claudia Iachino
Marisa Gaioli
Ziomara Balbarrey

Introducción

Transcurrimos un tiempo en el que están cambiando muchos paradigmas, con lo que se abre la perspectiva de un universo holístico e interconectado. Estos paradigmas están transformando también la medicina, proporcionando la comprensión y el respeto entre diferentes filosofías y sus correspondientes prácticas.¹

Los niños son el futuro y la esperanza para el mundo; la Pediatría es la disciplina más importante para el cuidado de su salud, desde la concepción hasta el final de la adolescencia. La Pediatría debe ocuparse no solo de los individuos y sus organismos, sino también de influencias ambientales, culturales y sociales, que tienen impacto considerable sobre la salud física, emocional y mental de los niños y sus familias.²

Hoy la pediatría redefine su rol debiendo orientar un posicionamiento destinado a debatir, expresar y aclarar lo que sucede en diversos aspectos de la sociedad, lo cual incluye también a los sistemas médicos no convencionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la “Medicina Tradicional” como la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. Asimismo la “Medicina Complementaria” alude a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante.³

Cuando las Medicinas Tradicionales y Complementarias, que también pueden tomar otros nombres parcialmente equivalentes tales como “alternativas”, “holísticas” y “naturales” entre otros, se utilizan en conjunto con la medicina convencional de un determinado sistema sanitario y sus métodos médicos preponderantes se genera lo que actualmente se denomina “Medicina Integrativa” o “Integradora” (MI).⁴ La MI se basa en la mejor evidencia disponible de buena calidad, jerarquizando la ausencia o control adecuado de riesgos y la evaluación apropiada de la eficacia para promover la salud del individuo como un todo en el contexto de su familia y la comunidad, y reafirma la importancia de las relaciones entre el médico y el paciente, con especial atención al individuo en su conjunto, utilizando todos los tratamientos apropiados para alcanzar los objetivos del paciente en relación con la salud y la curación.⁵

En lo que refiere a este texto, llamaremos MTCl al conjunto de las Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas.

La problemática inherente a las definiciones de los términos anteriores, que pueden diferir según se trate de la OMS, la Academia Americana de Pediatría o Centro Nacional de Salud Complementaria e Integral (*National Center for Complementary and Integrative Health* = NCCIH, por sus siglas en inglés, que es uno de los Institutos Nacionales de Salud de los EEUU), genera algunas confusiones. Aunque esto deberá corregirse, parece razonable en el marco de una temática que se está consolidando globalmente, incluso en aspectos relacionados a la armonización de los términos que la componen.⁶

La mayoría de la población mundial, con porcentajes variables según la región, e incluyendo niños, neonatos y adolescentes, utiliza con regularidad Medicinas Tradicionales o Complementarias. Esto implica, además de cuestiones clínicas, éticas y sanitarias, la existencia de un flujo de recursos económicos de considerable importancia. Así, en todos estos aspectos, el área de la MTCl se encuentra en continuo crecimiento.⁷⁻¹¹

En EEUU, el NCCIH financia diversos estudios sobre MTCl, pero aunque cada vez hay más y su espectro se amplía incesantemente, la población pediátrica sigue sin ser priorizada.⁴

La mayoría de los pacientes pediátricos que usan tratamientos complementarios también reciben asistencia convencional, y en alrededor de dos tercios de los casos no lo comunican a quienes los atienden. Es por ello que es de suma importancia que los médicos pediatras y los demás profesionales de la salud tengan clara la necesidad de mantener una comunicación fluida, abierta y respetuosa con los pacientes y sus familias.⁷

Existen diversas razones para que se usen las MTCl de manera creciente en los últimos 20 años. Muchos de los pacientes y/o usuarios refieren que las MTCl son más afines con sus propios valores, creencias y orientaciones filosóficas ante la salud y la vida. Las razones que los padres aducen para solicitar terapias de MTCl para su hijo incluyen desde el solo hecho de haber oído hablar de ellas, a que por algún motivo lo consideran un tratamiento eficaz. También el temor a los efectos adversos de los fármacos u otros tratamientos convencionales, o por la falta de satisfacción con la medicina moderna, así como una necesidad de mayor atención personalizada. Por otro lado, muchos grupos culturales indígenas o arraigados a fuertes tradiciones pueden utilizarla debido a la persistencia de sus valores, prácticas y creencias familiares y culturales.^{5,7,8}

Clínica

La incorporación de la MTCl al ámbito pediátrico se ha extendido a escala mundial y ha cobrado creciente popularidad, generando también un gran interés entre las autoridades sanitarias y el público.¹²

En este campo, algunos de los temas de mayor interés y crecimiento en Latinoamérica incluyen a la fitoterapia, el uso de suplementos dietarios y dietas especiales, la meditación, los masajes y ciertas formas de ejercicio físico. Así también hay un creciente interés por los sistemas médicos tradicionales, en particular por la Medicina Tradicional China y el Ayurveda, a lo que puede sumarse, en menor medida, la Medicina Antroposófica y la profundización de los conocimientos de los sistemas indígenas locales.

Es de destacar que los niños, especialmente aquellos con enfermedades crónicas o discapacidad, que requieren de asistencia sanitaria también son usuarios frecuentes de MTCl.^{7,8}

Dentro de las diferentes terapias que habitualmente se practican para atender a niños con diversas dolencias, se encuentran aquellas denominadas “Modalidades biológicas” (uso de vitaminas, plantas medicinales, otros suplementos dietéticos, dietas y alimentos), “Modalidades manipulativas y corporales” (quiropaxia, osteopatía, masajes, reflexología podal), “Medicina cuerpo-mente” (relajación, visualización guiada, tai-chi, qi-gong, yoga, reiki, meditación, hipnosis, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva), “Acupuntura”, “Homeopatía” y “Sistemas de Medicina Tradicional”.⁷

Numerosos informes publicados han documentado el uso frecuente de la MTCl por parte de adolescentes. En esta población las terapias más utilizadas fueron el masaje, la plegaria o sanación a través de la fe, las plantas medicinales, el consumo de vitaminas y suplementos para mejorar el rendimiento, así como los ejercicios físicos especiales. En general, los adolescentes parecen más abiertos que los adultos al uso de estas terapias y son más propensos a usarlas si sus padres también lo hacen. Incluso, a medida que empiezan a asumir la responsabilidad de sus propias necesidades de salud, los adolescentes también pueden usar estas modalidades como autotratamiento.^{7,8}

En este marco, los pediatras, y otros médicos y profesionales de la salud que atienden a niños y neonatos, tienen la responsabilidad de asesorar a los pacientes y sus familias y cuidadores sobre los servicios de salud y sus terapias, independientemente de que se trate del campo convencional o de MTCl. El conocimiento basado en la evidencia, y la experiencia, deben ayudar a gestionar derivaciones cuando sean apropiadas, y a un trabajo multidisciplinario, sea en el ámbito público o privado, que incluya a los terapeutas de prácticas MTCl que atienden a los pacientes.

Muchas familias utilizan, y cada vez con más frecuencia, los servicios de las MTCl sin mencionarlo espontáneamente a su médico. La mayoría de los pediatras no tienen la rutina de preguntar acerca de su empleo. Con una escucha atenta, fluida, respetuosa y empática se podrán entender la situación y las preocupaciones del paciente y su familia, pudiendo ofrecerles

la orientación correcta y confiable que necesitan y esperan del equipo de salud. Las prácticas MTCT más utilizadas tienen como beneficios generales: manejar el estrés, disminuir la ansiedad y el miedo, mejorar el estado de ánimo y el patrón de sueño, promover la relajación, actuar como adyuvante del dolor, disminuir náuseas y vómitos, y apoyar al paciente en cuidados paliativos. En resumen mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente.

Dado que el estrés y la ansiedad de los padres afectan directamente al niño, los programas con pacientes pediátricos deben dirigirse también a ellos y a otras personas significativas del entorno del niño. La MTCT estimula la participación activa del niño y su familia en el tratamiento y brinda un respaldo bio-psico-socio-ambiental.

Actualmente existen numerosas fuentes de información de acceso público, de calidad variable. Sitios web gratuitos como Pubmed, Cochrane, OMS/WHO, NCCIH, Medline Plus, RxList, y la Biblioteca Virtual en Salud de Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas (BVS MTCT), gestionada por una red regional de expertos, y coordinada por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS) que ofrece información y herramientas específicas sobre MTCT, con especial énfasis en Latinoamérica (<http://mtct.bvsalud.org/>). Otras webs requieren el pago de suscripción para el acceso, tales como Micromedex y Natural Medicines.

Por otro lado, en neonatología, uno de los problemas sanitarios más frecuentes relacionados a las MTCT tiene que ver con la interacción entre la leche materna y ciertas hierbas medicinales. Las plantas usadas con fines medicinales contienen numerosos constituyentes químicos que, aunque a veces en cantidades relativamente pequeñas, pueden ser fisiológicamente activos para los humanos. Por ese motivo, las hierbas medicinales deben ser consideradas y manejadas como medicamentos, con los beneficios clínicos y las complicaciones que se asocian a cualquier medicamento “alopático” de la medicina convencional moderna.¹³

Por ejemplo, la cafeína, presente en varias bebidas a base de hierbas como el café (*Coffea arabica* y *Coffea canephora*), el té (*Camellia sinensis*), la yerba mate (*Ilex paraguariensis*), la nuez de cola (*Cola nitida*) y el guaraná (*Paullinia cupana*), cruza con relativa facilidad la barrera placentaria-fetal. Los neonatos no poseen las enzimas necesarias para metabolizar la cafeína hasta varios días después de su nacimiento y por lo tanto estos pueden sufrir de irritabilidad si la madre embarazada consume infusiones con estas hierbas. Así también la ingestión de ciertas hierbas como la “consuelda” (*Symphytum officinalis*) o la “borraja” (*Borago officinalis*) por parte de madres que amamantan puede ser muy peligrosa porque estas plantas contienen alcaloides hepatotóxicos que pueden pasar a la leche materna.¹³

Cobertura de costos

La cobertura de prestaciones en MTCT para pacientes pediátricos y neonatos, tanto terapéutica como preventiva y en atención primaria, estarán o no cubiertas en base, principalmente, a como el sistema de salud de un país en particular se maneje con las que son consideradas convencionales para ese mismo país. Así por ejemplo, países como Cuba, Nicaragua, Brasil o Perú, que en una importante proporción utiliza recursos naturales, tradicionales o complementarios, la prestación de salud es gratuita para toda la población (o una gran parte de ella según el caso), incluyendo pediatría. Así, si en estos países el médico indica una MTCT para un niño, el Estado la cubrirá según el mismo criterio que toma para con cualquier otro tratamiento convencional.

Por otro lado, de forma creciente en el mundo tanto como en Latinoamérica, algunas compañías prestadoras de seguros sanitarios ofrecen abiertamente cobertura para MTCT. Esto puede estar asociado tanto a una mayor existencia de evidencia confiable en estas prácticas, como quizás también a una mayor demanda de estos servicios por parte de sus asegurados. Esto además estará sujeto al tipo de práctica de MTCT que sea solicitada, ya que no todas tienen el mismo nivel de aceptación por parte de las compañías de seguros y de la comunidad médica de una zona específica. Por ejemplo, algunos tipos de masajes y la osteopatía suelen ser más reconocidos que la homeopatía o la acupuntura. Asimismo esto dependerá también del país o región de la que se trate.

En muchos países, los médicos que brindan servicios de medicina convencional, durante sus consultas habituales aplican prácticas de MTCT sin aclararlo ante la compañía prestadora. De esa forma la compañía termina abonando por un servicio no convencional en el marco de una consulta convencional, aunque sin saberlo.

Es importante destacar que las restricciones económicas normalmente no son un limitante significativo para la aplicación de las MTCT en poblaciones pediátricas y neonatales, al menos no más de lo que lo son para adultos y para un mismo país. Sin embargo, en muchos casos lo que sí impone una restricción es la falta de formación profesional en MTCT, o de evidencia disponible y suficiente sobre seguridad y eficacia en estas poblaciones particularmente vulnerables, lo que está convenientemente analizado en el resto del presente artículo.

Investigación

Evaluaciones formales han sugerido que muchas veces la calidad de los ensayos clínicos aleatorizados y la de las revisiones sistemáticas sobre MTCT pueden ser tan buenas como la de

aquellos de la medicina convencional. Es preciso mencionar que, en la investigación en este campo, el sesgo de publicación es el contrario al observado en la medicina convencional; es decir que es más probable que se publiquen los estudios negativos en revistas muy conocidas y que los positivos se publiquen en revistas escritas en idiomas diferentes del inglés y con menor factor de impacto.⁷

Algunas estrategias para avanzar en el conocimiento de las MTCT incluyen la presentación de casos clínicos y la evaluación de aquellos ensayos que pueden no ser muy frecuentes, pero que en el contexto de estos temas puede arrojar resultados de interés, tales como los ensayos “N-de-1”, donde el rigor metodológico se combina con una adecuada estrategia individualizada. Algunas consideraciones, casi exclusivas de este campo de estudio, deben tomarse en cuenta al investigar sobre MTCT: heterogeneidad de recursos y modalidades terapéuticas, falta de regulación y estandarización de prácticas, prejuicios y relativa ausencia de conocimientos y experiencia sobre MTCT en instituciones sanitarias o de investigación y entre profesionales de la medicina convencional, entre otras.^{7,14}

En la práctica clínica resulta en extremo evidente que, a pesar de que se han publicado muy pocos estudios sobre seguridad de las MTCT, el uso pediátrico y neonatal de estas prácticas es frecuente, siendo la mayor parte de la información disponible la que procede de informes de casos clínicos o seguimientos intensivos que no suelen mantenerse a lo largo del tiempo.

La necesidad de una evaluación rigurosa de la seguridad de tratamientos MTCT también debe hacer hincapié en que mismo que sean catalogadas como “naturales” no significa que estén “carentes de riesgos”. Además vale destacar que un mayor número de datos sobre seguridad en niños requeriría complejos estudios poblacionales prospectivos, cuyo costo es muy elevado.¹⁴

En la investigación clínica en general se plantean numerosos retos inherentes a este propio campo, pero estas dificultades se multiplican cuando se efectúa investigación en niños o recién nacidos sobre MTCT, muchas veces basadas en terapias sobre las que la evaluación de variables y conceptos culturales de lo que constituye la salud y la enfermedad resulta tan esencial como diferente a lo habitual.¹⁴

A pesar de esas dificultades, algunos avances son posibles, aunque puede ser necesario encarar enfoques diferentes y originales, para avanzar en el conocimiento y la concientización sobre estas prácticas, así como en la necesidad de instalarlas en los ámbitos de investigación convencional.¹⁵⁻¹⁸

Es importante agregar que un contacto abierto y respetuoso con las familias, posibilitará un acercamiento adecuado, de forma que será posible encontrar terrenos inexplorados para

la investigación (especialmente en el ámbito de la antropología médica o de la etnomedicina) así como también desarrollar las respuestas, con fines clínicos, que sean más completas, seguras y útiles.

Algunas áreas específicas de la MTCl, como la oncología pediátrica, por su complejidad y severidad, atraen particularmente la atención de clínicos, investigadores, pacientes y cuidadores. El uso de prácticas de MTCl en esta población es común en todo el mundo, aunque pareciera algo más usual en países de bajos ingresos.¹⁹ En estos casos, la planificación y la administración de tratamientos, en cualquiera de los niveles socio-económicos de los que se trate, deben profundizar en optimizar los conceptos de la MTCl, integrando los conocimientos de estas prácticas para proporcionar una mejor atención, y en particular para evitar el retraso del comienzo de los tratamientos antineoplásicos comprobadamente eficaces.¹⁹

Así, los estudios basados en relevamientos y encuestas de conocimientos y usos de MTyC y MI han sido, histórica y cuantitativamente, los más importantes en pediatría y neonatología.^{20,21}

Los ensayos clínicos de alta calidad para evaluar seguridad y eficacia o efectividad de las MTCl en pediatría y neonatología han sido muy escasos hasta hace apenas unos pocos años. Aunque éste punto continúa siendo una importante tarea pendiente, a principios del siglo XXI comenzaron a generarse algunos estudios que evalúan estos temas de manera científicamente adecuada y confiable, especialmente desde 2010, aproximadamente. Como se puntualizó anteriormente, el cáncer, y en particular el manejo del dolor y la ansiedad, se encuentran entre las condiciones más estudiadas. Hipnosis, musicoterapia y masajes son algunas de las prácticas que parecen haber dado mejores resultados en estos pacientes.^{22,23}

En resumen, existe una clara necesidad de estudios metodológicamente rigurosos que proporcionen evidencia sólidas sobre seguridad y eficacia de MTCl en pediatría y neonatología, más urgentemente en las situaciones fisiopatológicas que son más frecuentes en estas poblaciones.

Formación, práctica, ética y normativas en MTCl

Un número cada vez mayor de pediatras generales y sub especialistas han empezado a ofrecer Terapias Complementarias y consejos sobre éstas como parte de su consulta. Además, se ha creado un número creciente de programas de Medicina Integrativa Pediátrica Académica y nuevas iniciativas que favorecen compartir, apoyar, y divulgar de manera sistemática la información para mejorar la asistencia de colaboración y global. En EEUU, en 2001, la Academia Americana de Pediatría generó la formación del primer grupo de Medicina Integrativa que

facilitó el armado de una nueva sección provisional de Medicina Complementaria, holística e integrativa para brindar información tanto para profesionales como para padres y cuidadores.⁷

En Latinoamérica la gran mayoría de los sistemas académicos de educación universitaria en salud no incluyen frecuentemente una formación relevante y consistente en temas de MTCl. En este marco, muchos de los profesionales que están en contacto directo y permanente con pacientes pediátricos y neonatos muestran actitudes claramente favorables, tanto en cuanto a lograr mayor formación como en relación a integrar estas terapias en los sistemas oficiales de salud.^{7,15}

Está claro que la cantidad de prestadores de MTCl parece estar en aumento, aunque muchas veces no sucede lo mismo con la calidad de su formación. No muchos prestadores cursan estudios extensos y gran parte no tienen formación específica para pacientes pediátricos. Por ejemplo, en EEUU para obtener el diploma en quiropráctica deben cursarse 4 años de estudios, la obtención de un diploma en quiropráctica pediátrica requiere un programa de unos módulos que completan unas 120 horas adicionales. Asimismo, en la diplomatura en naturopatía requiere 2000 horas de formación durante 4 años, e incluye prácticas en dermatología, medicina familiar, psiquiatría, radiología y pediatría, entre otras.^{7,8}

Por otro lado, muchos programas de formación en MTyC no ofrecen estudios específicos para el abordaje de la problemática de pacientes pediátricos, y menos aun para los recién nacidos. Una excepción a este último es la formación que se brinda en muchos países del mundo, incluyendo Latinoamérica, en masaje infantil.

La autorización para ejercer, por parte de los prestadores de MTyC, varía considerablemente de un país a otro, e incluso de un Estado o Provincia a otro. Además las normativas que regulan tanto la formación como la posibilidad de ejercer las prácticas de MTyC se actualizan con frecuencia, motivo por el cual siempre es muy recomendable consultar la legislación vigente en cada país y en cada región. Aunque es muy difícil que exista una normativa específica para pediatría, es igualmente muy conveniente tomar los recaudos de consulta y formación del caso.

Así entonces, las consideraciones legales exigen conocer en detalle las situaciones regionales. En este sentido, una referencia que puede ayudar en términos de consulta general es la que ofrece la mencionada BVS MTCl, que cuenta con una sección sobre “Regulación y Políticas”, con información sobre los países de la región.

La posibilidad de integración de las MTCl a la práctica convencional, generando una verdadera Medicina Integrativa, plantea numerosas incertidumbres sobre la seguridad y eficacia de estas terapias. Estas se centran en cuestiones relativas a la cualificación de prestadores, su ámbito específico de ejercicio, los requisitos necesarios para acreditar conoci-

mientos y experiencia, entre otros asuntos.^{5,8} La seguridad de los pacientes que acceden a estas prácticas es esencial, y estos son temas sobre los que los Estados, muchas veces, no se ocupan adecuadamente.

Es muy importante generar guías de buenas prácticas cuya información esté basada en la mejor evidencia posible, incluyendo usos tradicionales suficientemente bien respaldados, así como experiencias de expertos en MTCT en pediatría. Estas deben contener detalles sobre la seguridad y eficacia de las terapias específicas para condiciones particulares y también sobre las aptitudes de los terapeutas. Asimismo, en la práctica clínica, las cuestiones éticas específicas varían en las diferentes situaciones, y así cada caso particular podrá plantear una solución diferente.⁵

Cuando se consideran las terapias MTCT, los factores que han de incluirse en el análisis de riesgos/beneficios son: la gravedad y lo aguda que es la enfermedad; su posibilidad de curación con la asistencia convencional; hasta qué punto una terapia es cruenta; las toxicidades y efectos adversos del tratamiento convencional; la calidad de la evidencia de la eficacia y falta de riesgos de la terapia complementaria; y la comprensión de la familia del niño respecto a los riesgos y beneficios de dicho tratamiento; la aceptación voluntaria de dichos riesgos; e incluso la insistencia de la familia en su intención de emplear esta terapia.⁵

El nivel de evidencia necesario para evaluar la eficacia puede ser insignificante cuando la terapia apenas entrañe riesgos, en particular cuando es probable que otras no sirvan de nada. En esos casos la evaluación clínica y socio cultural del paciente y su entorno podrá aportar información que ayude a definir el apoyo (o rechazo) al planteo de realizar alguna terapia MTCT. En cualquier caso, siempre será una ventaja que el profesional de la salud esté al tanto de los procedimientos a los que está expuesto el paciente.

En el caso particular de los neonatos, existe muy escasa evidencia que muestre adecuados perfiles de seguridad y eficacia en la aplicación de MTCT. Entre los pocos existentes pueden destacarse el efecto de la terapia de masaje en recién nacidos, porque mejoraría el flujo sanguíneo periférico y normalizaría la función del sistema nervioso central, a la vez que reduciría la rigidez de ciertos tejidos.²⁴ Por otro lado, una revisión sistemática mostró la efectividad clínica del tratamiento osteopático en la reducción de la duración de la estancia de internación y los costos en una gran población de recién nacidos prematuros.²⁵ Más allá de estos ejemplos, por la poca o nula evidencia que muchas veces está disponible, y ante la falta de desarrollo de ciertos sistemas metabólicos asociados a una temprana edad, administrar medicamentos de MTCT en estas condiciones puede generar complicaciones de extrema gravedad en los neonatos, que incluso pueden terminar en la muerte del paciente. Así entonces, en términos

generales, debe evitarse la exposición del neonato a cualquier situación de riesgo, en especial con preparados de hierbas medicinales.

Consideraciones finales

El nivel de integración de las Terapias Convencionales y Medicinas Tradicionales y Complementarias está creciendo. Esto genera la necesidad contar con herramientas y marcos que permitan tomar decisiones sobre qué terapias deben proporcionarse y/o recomendarse, a qué proveedores de MTCl pueden derivarse pacientes, y que estructura organizativa se utilizará para la prestación de una atención integrada.

Los médicos y demás profesionales de la salud deben conocer y siempre poner en práctica los principios básicos de la ética biomédica: 1) respeto por la autonomía de los pacientes; 2) no maleficencia (no hacer daño); 3) beneficencia (anteponer los intereses y bienestar del paciente); y 4) justicia (ser imparcial, es decir, buscar la equidad en la provisión de acceso a la asistencia esencial).

Asimismo, si un paciente y/o su familia están buscando a un profesional del ámbito “complementario” para ayudar a tratar un problema de salud, es importante ser tan cuidadoso y exhaustivo en su búsqueda como cuando se indaga sobre temas de medicina convencional. Esto es siempre así, pero será particularmente importante cuando se trate de un niño o un neonato. En cualquier caso es necesario destacar que primero debe consultarse con el médico de cabecera u otro profesional de la salud adecuadamente calificado, indagar todo lo posible sobre el potencial médico/prestador, incluso el tipo de educación formal y capacitación que este ha recibido. También es importante saber si el profesional en MTCl está dispuesto a trabajar junto con los proveedores de atención médica convencional, lo que aseguraría un trabajo conjunto, siempre más recomendable.⁶

Muchos países reconocen actualmente la necesidad de desarrollar un enfoque coherente e integrador de la atención médica que permita a los gobiernos, profesionales de la salud y, lo que es aun más importante, a quienes utilizan servicios de salud, acceder a MTCl de forma segura, respetuosa y costo-eficiente. Una estrategia global para fomentar su integración, regulación y supervisión apropiada puede ser útil para los países que deseen desarrollar una política proactiva hacia esta parte importante, y a menudo vibrante y en expansión, de la atención de la salud.³

Profundizar en aspectos ligados a la investigación sobre MTCl en pediatría y neonatología, generándolos o facilitando que se lleven a cabo, aumentará la evidencia disponible y confiable, posibilitando que los pacientes reciban tratamientos más seguros y eficientes.

La mejor y más completa comprensión de cada uno de los aspectos detallados anteriormente posibilitará un crecimiento adecuado de las MTCI en el campo de la Pediatría y la Neonatología, tanto desde el punto de vista clínico, como formativo, regulatorio y de la investigación, para intentar hallar las respuestas más confiables, útiles y seguras para el sistema de salud en general y para cada paciente individual.²⁶

Referencias

1. Gerber R. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. São Paulo, Brasil: Ed. Cultrix, 1988.
2. Kliegman, R. et al. Tratado de Pediatría. Vol. I, 15ª Edición, Barcelona, España: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2013.
3. WHO. Traditional medicine strategy 2014-2023. Hong Kong, China: World Health Organization, 2013.
4. Cáceres Guido, P. et al. The state of the integrative medicine in Latin America: the long road to include complementary, natural, and traditional practices in formal health systems. **Eur. J. Integr. Med.** 7, p.5-12, 2015.
5. Pérez Carmona, M. P. Complementary/alternative medicine in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and mood disorders. **Rev Chil Pediatr.** 88(2), p.294-299, 2017.
6. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). **6 Things To Know When Selecting a Complementary Health Practitioner**. Last modification September 24, 2017. Accessed: 24th march, 2018.
7. Kemper, K. J. et al. Provisional Section on Complementary, Holistic, and Integrative Medicine. American Academy of Pediatrics. The use of complementary and alternative medicine in pediatrics. **Pediatrics**, 122(6), p.1374-86, Dec 2008.
8. McClafferty, H. et al (2017) Pediatric Integrative Medicine. **Pediatrics**, Sep 2017, 140(3).
9. Menard, M. B. et al. Consensus Recommendations to NCCIH from Research Faculty in a Transdisciplinary Academic Consortium for Complementary and Integrative Health and Medicine. **J Altern Complement Med**, 21(7), p.386-94, 2015.
10. Ali, A. y Katz, D. L. Disease Prevention and Health Promotion: How Integrative Medicine Fits. **Am J Prev Med**, 49(5 Supl. 3): S230-40, 2015.
11. Contatore, O. A. et al. The use, care and policy of complementary and integrative practices in primary health care. **Cien Saude Colet**, 20(10), p.3263-73, 2015.
12. Rakel D. **Medicina Integrativa**. Barcelona, España: Ed. Elsevier, 2009.
13. Budzynska, K. et al. Complementary, holistic, and integrative medicine: advice for clinicians on herbs and breastfeeding. **Pediatr Rev.**, 34(8), p.343-52, 2013.

14. Macchi, A. y Cáceres Guido, P. "Investigación en medicinas tradicionales y complementarias en pediatría", en **"Memorias de Investigación Pediátrica 2017"**. Universidad Maiónides – SLAIP, 2017.
15. Cáceres Guido, P. et al. Medicinas complementarias, alternativas e integradora: encuesta sobre conocimiento, uso y opinión en el personal de enfermería de un hospital pediátrico de alta complejidad. **Med Infant**, 16(1), p.24-7, 2009.
16. Moreno, S. et al. Antibacterial efficacy of Rosmarinus officinalis phytochemicals against nosocomial multidrug-resistant bacteria grown in planktonic culture and biofilm, en: **The Battle Against Microbial Pathogens: Basic Science, Technological Advances and Educational Programs**. Badajoz, España: Ed. A. Méndez-Vilas. Formatex Research Centre, p.3-8, 2015.
17. Vázquez, N. M. et al. Carnosic acid acts synergistically with gentamicin in killing methicillin-resistant Staphylococcus aureus clinical isolates. **Phytomedicine**, 15, 23(12), p.1337-1343, 2016.
18. Cáceres Guido, P. et al. Green spaces in a tertiary care children's hospital: Benefits, taxonomic survey, and perspective. **Arch Argent Pediatr**, 1; 116(2):e267-e272, 2018.
19. Diorio, C. et al. Global Use of Traditional and Complementary Medicine in Childhood Cancer: A Systematic Review. **J Glob Oncol.**, 3(6), p.791-800, 2017.
20. Ladas E. J. et al. Improving our understanding of the use of traditional complementary/alternative medicine in children with cancer. **Cancer**, 121 (9):1492-8, May 1, 2015.
21. Groenewald C. B. et al. Complementary and Alternative Medicine Use by Children With Pain in the United States. **Acad Pediatr**, 17(7):785-793, 2017.
22. Thrane S. Effectiveness of integrative modalities for pain and anxiety in children and adolescents with cancer: a systematic review. **J Pediatr Oncol Nurs**, 30(6):320-32, 2013.
23. Magi, T. et al. Use of Complementary and Alternative Medicine in Children with Cancer: A Study at a Swiss University Hospital. **PLoS One**, 10(12):e0145787, 2015.
24. Gao, L. et al. Paediatric massage for treatment of acute diarrhoea in children: a meta-analysis. **BMC Complement Altern Med**, 18: 257, 2018.
25. Lanaro, D. et al. Osteopathic manipulative treatment showed reduction of length of stay and costs in preterm infants A systematic review and meta-analysis. **Medicine** (Baltimore), 96(12):e6408, 2017.
26. Cáceres Guido, P. et al. Integrative Medicine Group: A 10-year experience of an official team at a pediatric tertiary hospital. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, 17(Supl.): p. 322-334, 2017.



Usuários de práticas corporais: qualidade de vida e motivos de procura pelas práticas integrativas e complementares

Maria Eduarda Guerra da Silva Cabral

Maria Beatriz Guimarães

Islândia Carvalho Sousa

Introdução

O termo “Práticas Integrativas e Complementares” é uma denominação brasileira que a Organização Mundial de Saúde define como “Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa”. Essas designações se referem ao conjunto de saberes e práticas em saúde, geralmente baseadas em experiências, teorias e crenças próprias da cultura secular de cada país ou região, e que diferem da biomedicina ou da medicina alopática ocidental. Elas buscam incitar mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde - entendida como bem-estar amplo e interação complexa de fatores físicos, mentais, emocionais, sociais e espirituais.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) possuem enfoque na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente, não identificando barreiras entre mente, corpo e espírito.^{1,2,3}

Historicamente, ainda que a hegemonia da prática biomédica predominasse no século XX, foi só no final desse período que as PICS vivenciaram seu crescimento de oferta nos sistemas de saúde e no uso pela população.^{4,6} O desenvolvimento tecnológico e científico havia contribuído fortemente para a melhoria das condições de vida e de saúde da população, que considerou a ciência um fator-chave para esse fenômeno, tornando-se um bem valioso que refletia o aprimoramento humano e um futuro ideal. Entretanto, essa visão começou a ser questionada, surgindo projetos contrários aos modernizadores. Entre eles, destacam-se o movimento negro, o da contracultura, o feminista, o pacifismo, a liberação sexual, as manifestações contra a guerra fria, entre outros.

Entre esses movimentos, o que mais se destacou foi o da contracultura, desencadeado nos anos 1960 e prolongado até a década de 70, na Europa e nos EUA⁴. Ele tinha por objetivo ir contra o projeto modernizador por meio de uma proposta naturalista, com arranjos sociais comunitários. Ele defendia, entre outras coisas, o retorno ao rústico, à natureza e à comunidade, valorizando a autonomia e a espontaneidade dos sujeitos, expressando a liberdade e a reconciliação com o corpo. Luz⁴ denomina “crise da saúde” o conjunto dos eventos que ocorreram no final daquele milênio e favoreceram o surgimento de novos paradigmas médicos. A crescente desigualdade social, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, culminou numa crise sanitária. Além disso, o afastamento da noção do sujeito humano sofredor, e as práticas médicas (diagnóstico e intervenção), cada vez mais distantes desse sujeito em sua totalidade, promoveram uma “crise da medicina”, também descrita pela autora como propulsora do anseio por novas modalidades de cuidado em saúde.

Além da importação de sistemas médicos antigos (principalmente dos sistemas Orientais) na década de 1980, os países latino-americanos reabilitaram saberes de seus povos nativos,

inserindo essas medicinas tradicionais e alternativas nos serviços de saúde, inicialmente privados e posteriormente na esfera pública.

No Brasil esse período foi um marco na discussão de saúde como componente da cidadania e dos direitos sociais, e como tal, é dever do Estado garanti-los. Unidas à redemocratização e às mudanças no sistema de saúde brasileiro, as Medicinas Tradicionais e Complementares permearam o discurso político-ideológico da época, conforme foi registrado no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986,⁵ que continha: “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático na escolha da terapêutica preferida”.

Passados 20 anos, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS¹ (PNPIC) foi instituída no Sistema Único de Saúde no ano de 2006. Seu objetivo incluía a prevenção de agravos e a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária e envolveu, na época, a Homeopatia, as Plantas Medicinais e Fitoterapia, a Medicina Tradicional Chinesa (práticas corporais e Acupuntura), o Termalismo Social e a Medicina Antroposófica. A Política também recomenda a implantação das ações e serviços relativos às PICS no SUS, o que favoreceu o aumento da oferta e procura dessas práticas no país. Esse crescimento também foi visto em outras partes do mundo, sendo reconhecido pela OMS um fenômeno global: mais de 100 milhões de europeus utilizam as Medicinas Tradicionais e Complementares, sendo que um quinto deles o faz de forma regular. É similar a essa proporção o quantitativo de usuários da Europa que dizem preferir uma atenção sanitária que inclua as MTCs; na África, Ásia, Austrália e América do Norte esse uso também é crescente.²

Dentre as Práticas Integrativas e Complementares que mais cresceram em relação à oferta, uso e cadastro de serviço nos municípios brasileiros estão as práticas corporais.⁶

O termo “práticas corporais” é utilizado em diversos contextos e áreas de estudo, como na Educação Física, na Educação, na Psicologia, na Antropologia, etc., traz consigo significados distintos e o seu emprego leva muitas vezes à confusão, se não for esclarecido previamente o seu conceito.

As práticas corporais das PICS são chamadas por alguns autores, Lorenzetto et al⁷ de Práticas Corporais Alternativas (PCAs). Essa denominação é justificada, uma vez que diz respeito a “práticas” que consideram a necessidade da aquisição de uma vida saudável, por meio de experimentação e manipulações que proporcionem ao indivíduo a vivência de seu próprio corpo; são “corporais”, pois, tem o corpo como objeto de interferência e são “alternativas” porque diferem dos outros trabalhos de abordagem corporal convencionais.

As PCAs se afastam das formas mais tradicionais de educação do corpo, como as que trabalham simplesmente a manutenção da forma física e estética. Elas buscam conduzir o contato do indivíduo consigo mesmo, seu corpo e a natureza, propondo movimentos suaves e precisos que ajudem no equilíbrio, consciência corporal, redução da dor e fluidez da energia.⁷ Yoga, Lian Gong, Tai Chi Chuan e Automassagem são alguns exemplos dessas práticas.

No Brasil, ainda que a Política Nacional de Práticas Complementares e Integrativas no SUS tenha sido instituída em 2006, a utilização das práticas corporais enquanto escopo das PICS é anterior a isso, conforme ocorreu nos municípios do Rio de Janeiro, Campinas, Recife e São Paulo.⁶

O município do Recife, capital do estado de Pernambuco, foi um dos pioneiros na implantação das PICS na rede de saúde, a partir da criação de Unidades de Cuidados Integrals (UCIS). A primeira delas foi a UCIS Prof. Guilherme Abath⁸, fundada em 2004, e em 2013, outra UCIS foi implantada no município, o Serviço Integrado de Saúde (SIS), uma parceria entre a Universidade Federal de Pernambuco e a Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Ambos os centros objetivam uma interligação forte entre as PICS e a promoção em saúde, entendendo que “[...] uma visão integrativa da saúde, [...] olha desde a alimentação até a dimensão emocional do sujeito, bem como as dimensões comunitárias, sanitárias e de relações políticas da cidadania”.⁹

O SIS, assim como outros serviços de saúde no Brasil que ofertam atendimentos em PICS, apresenta as Práticas Corporais (PCs) como modalidade terapêutica com maior número de usuários praticantes.⁶ Nessa perspectiva, e tendo em vista essa maior proporção, nos deparamos com os seguintes questionamentos: quem são essas pessoas que fazem uso das Práticas Corporais e o que as levaram a procurar um serviço de Práticas Integrativas e Complementares?

Esse estudo é oportuno e relevante, pois pesquisas quanto ao perfil dos usuários de modalidades terapêuticas de PICS e os motivos de procura pelo atendimento nessa área ainda são incipientes. Conhecer esses usuários em relação aos seus aspectos de saúde, sociodemográficos e qualidade de vida pode subsidiar o planejamento das ações e da oferta dessas práticas, contribuindo para a melhoria do serviço. Além disso, considerar os principais motivos que levam essas pessoas a procurarem o atendimento nas Práticas Integrativas e Complementares fortalece o cuidado integral em saúde ao basear-se na real necessidade e demanda dos usuários, aproximando-se dos princípios do SUS e das Práticas Integrativas, ao olhar o sujeito de modo holístico, respeitando o seu direito de escolha.

Por conseguinte, o objetivo da pesquisa foi analisar a qualidade de vida, os aspectos sociodemográficos e de saúde desses usuários e os motivos de procura por atendimento no Serviço Integrado de Saúde de Recife-PE.

Método

Trata-se de um estudo exploratório e analítico de abordagem quantitativa, realizado no Serviço Integrado de Saúde (SIS), no período de junho a novembro de 2014.

O SIS é um serviço público de saúde que funciona como Unidade de Referência em Práticas Integrativas e Complementares, como Programa de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e como Núcleo Comunitário de Cultura, Comunicação e Saúde, uma parceria entre UFPE e a Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Foi implantado no início de 2013 e é referência em Práticas Integrativas para a rede de saúde do município de Recife-PE, principalmente para as Unidades de Saúde da Família.

O serviço conta com aproximadamente 23 profissionais de diversas áreas: Terapia Comunitária, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Automassagem, Aromoterapia, Flexibilidade, Bioenergética, Yoga, Biodança, Dança Circular, Psicomotricidade Relacional para jovens, Constelação Familiar e Arte Terapia para mulheres; Terapias individuais (Nutrição em alimentação saudável, Auriculoacupuntura, Osteopatia e Terapia do crânio-sacral) e outros programas terapêuticos (Programa Saúde da Coluna, Programa Saúde da Voz e Programa de Arte Terapia para problemas de obesidade).

O serviço recebe novos usuários diariamente, onde após acolhimento, cada um estrutura um projeto terapêutico e é encaminhado para as práticas ofertadas pela unidade. Para isso, cada indivíduo responde um prontuário que contém questões relativas aos seus aspectos sociodemográficos, sobre sua saúde, os motivos que o levou a procurar o serviço e um questionário de qualidade de vida (WHOQOL-bref versão português).

O WHOQOL-bref é um questionário de qualidade de vida autorreferido que foi criado pela Organização Mundial de Saúde, sendo composto por 26 questões de múltipla escolha. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral, a segunda, à satisfação com a própria saúde, e as outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. É um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis quanto para populações acometidas por agravos e doenças crônicas.¹⁰

Foram incluídos no presente estudo: usuários das seguintes práticas corporais: Yoga, Lian Gong, Automassagem, Flexibilização, Saúde da Coluna e Tai Chi Chuan; maiores de 18 (dezoitos) anos; que entraram no SIS no período de janeiro a novembro de 2013 (ano em que o serviço iniciou os atendimentos); que apresentaram prontuário e o WHOQOL-bref devidamente preenchidos. Foram excluídos do estudo, além dos usuários que não se enquadraram nesses critérios, aqueles que foram acolhidos por profissionais que já trabalha-

vam com as práticas corporais, a fim de evitar influências no encaminhamento para essas modalidades terapêuticas.

Os dados foram coletados por meio dos prontuários do SIS, que contemplam aspectos sociodemográficos (idade, sexo, cor, religião, estado civil, número de filhos, ocupação, escolaridade, renda e bairro de residência) e os de saúde (quantidade e tipos de morbididades referidas, uso de medicamentos, USF de origem, solicitante do serviço, terapêutica praticada e motivos para procura do serviço).

Os dados foram tabulados no Excel 2013 e analisados via estatística descritiva (frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão). Em relação ao WHOQOL-bref, os escores obtidos em cada domínio foram analisados conforme sintaxe interpretativa do instrumento para o programa SPSS. Os valores obtidos foram normalizados em um intervalo de 0 a 100, possibilitando a comparação entre os diferentes domínios. A interpretação dos escores obtidos com a utilização do instrumento de avaliação da QdV não apresenta valores normativos, desta forma, valores menores (mais próximos de 0) indicam maior impacto negativo da condição na Qualidade de Vida, enquanto os valores mais altos (mais próximos de 100) indicam menor impacto negativo.

Para verificação da normalidade dos dados foram utilizados os testes Kolmogorov-Smirnov, Qui-Quadrado de Pearson e Teste Binominal para amostra única. Para avaliar a presença de associações entre a qualidade de vida, os aspectos sociodemográficos e de saúde, incluindo os motivos de procura pelo serviço de PICS, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson. Os testes V de Cramer e o Gamma também foram usados para avaliar a força e o sentido das associações. O nível de significância adotado foi de valor igual ou menor do que 0,05. Todos os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 20.0.

Esse trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, em respeito aos pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466 de 2012 (CONEP/MS), tendo sido aprovado com nº do parecer 889.001 e CAAE 34007814.0.0000.5190.

Resultados

Foram analisados um total de 147 prontuários dos usuários de práticas corporais do Serviço Integrado de Saúde. Destes, os aspectos sociodemográficos mais prevalentes foram (Tabela 1): sexo feminino (88,4%), cor/raça parda (49%), faixa etária de 44 a 59 anos (42,2%), estado civil casado (44,2%), 1 ou 2 filhos (47,2%) e religião católica (46,2%). A maioria dos usuários possuía 2ª grau de escolaridade (40,4%), ocupação donas-de-casa (20%) e renda de até 1 (um) salário mínimo (48,9%).

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas das variáveis sócio demográficas dos usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde. Recife, 2013.

Variáveis	Frequência		Variáveis	Frequência	
	N	%		N	%
Sexo			Religião		
Masculino	17	11,6	Sem religião	4	2,8
Feminino	130	88,4	Católica	67	46,2
Total	147	100	Evangélica	48	33,1
			Espírita	21	14,5
Cor/Raça			Outra	5	3,5
Branca	44	30,3	Total	145	100,0
Parda	71	49,0			
Preta	16	11,0	Escolaridade		
Amarela	5	3,4	Analfabeto	1	0,7
Indígena	1	0,7	1º grau	56	38,4
Outras	8	5,5	2º grau	59	40,4
Total	145	100,0	3º grau	30	20,5
			Total	146	100,0
Faixa Etária					
18 a 30 anos	16	10,9	Renda		
31 a 44 anos	31	21,1	Até 1 salário mínimo	64	48,9
44 a 59 anos	62	42,2	Maior que 1 a 2 salários mínimos	40	30,5
60 anos ou mais	38	25,9	Maior que 2 a 3 salários mínimos	11	8,4
Total	147	100,0	Maior que 3 salários mínimos	16	12,2
			Total	131	100,0
Estado Civil					
Solteiro	42	28,6	Ocupação		
Casado	65	44,2	Na área de saúde	8	5,9
Separado/Divorciado/Desquitado	21	14,3	Na área da educação	19	14,1
Viúvo	19	12,9	Na área do comércio e vendas	11	8,1
Total	147	100,0	Na área das artes	11	8,1
			Na área de limpeza/higiene	16	11,9
			Aposentado/pensionista	16	11,9
			Donas de casa	27	20,0

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

Tabela 1. Frequências absolutas e relativas das variáveis sócio demográficas dos usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde. Recife, 2013. (continuação)

Variáveis	Frequência		Variáveis	Frequência	
	N	%		N	%
Filhos			Ocupação (continuação)		
Nenhum filho	32	21,8	Na área de estética/beleza	3	2,2
1 ou 2 filhos	70	47,6	Na área administrativa	10	7,4
3 ou 4 filhos	35	23,8	Outros	14	10,4
5 ou mais filhos	10	6,8	Total	135	100,0
Total	147	100			
Local de Residência					
Recife-DS III	1	0,7			
Recife-DS IV	130	89,7			
Recife-DS V	4	2,8			
Recife-DS IVI	3	2,1			
Outro município	7	4,8			
Total	145	100,0			

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

Em relação aos aspectos de saúde (Tabela 2), foi vista uma proporção maior de solicitação do serviço mediante indicação de outras Unidades de Saúde, sendo a maioria Unidades de Saúde da Família (87,5%) localizadas na mesma região de saúde que o SIS se localiza (Distrito Sanitário IV).

Presença de morbidades (70,7%) e de uso de medicamentos (53,8%) foram relatados pelos usuários. Eles poderiam referir a presença de mais de uma morbidade, e as mais frequentes foram: as algias tensionais (15,4%), artrose (14,4%), doenças do aparelho digestivo (11,1%), hipertensão arterial (10,7%) e transtorno mental leve (10,2%).

Dentre as seis práticas corporais analisadas no estudo, a Automassagem foi a que apresentou maior proporção de encaminhamento desses usuários pelos profissionais que realizaram o acolhimento.

Os motivos de procura pelo Serviço de Práticas Integrativas e Complementares no SIS foram diversos, no entanto se concentraram em três modalidades distintas:

- Motivos ligados às queixas físicas: os usuários relataram procurar o serviço devido principalmente a dores (pés, ombros, joelhos, coluna e cabeça), problemas osteoarticulares (tendinites, artroses, bursites), circulatórios (formigamentos, inchaços, dor-

mências) entre outros relacionados ao físico. Os motivos relacionados a essa natureza foram os mais prevalentes entre os resultados observados (Tabela 2).

- Motivos ligados às queixas emocionais e psicológicas: os usuários relataram procurar o serviço devido a queixas, tais como baixa autoestima, insônia, alterações de humor, agressividade, mas principalmente ansiedade, estresse e sintomas depressivos.
- Motivos voltados à prevenção e promoção: os usuários relataram procurar o serviço no intuito de melhorar a saúde e promover o bem-estar, além de prevenir doenças (sair do sedentarismo, estreitar laços com parceiro que frequenta o serviço, realizar atividades em grupo, parar de fumar, entre outros).

Tabela 2. Frequências absolutas e relativas das variáveis de saúde dos usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde. Recife, 2013.

Variáveis	Frequência	
	N	%
Solicitante do serviço		
Procura espontânea	50	34,0
Indicação unidade de saúde	97	66,0
Total	147	100
Morbidade Referidas (Tipos)		
Obesidade	17	3,0
Diabetes	19	3,3
Dislipidemia	15	2,6
Hipertensão	61	10,7
Algias tensionais	88	15,4
Algias ocupacionais	25	4,4
Artrose	82	14,4
Enxaqueca	41	7,2
Transtorno mental leve	58	10,2
Transtorno mental moderado	7	1,2
Transtorno mental severo	8	1,4
Doença respiratória	40	7,0
Doença ginecológica	10	1,8
Doença do aparelho digestivo	63	11,1
Outras doenças	36	6,3
Total	570	100,0

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

Tabela 2. Frequências absolutas e relativas das variáveis de saúde dos usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde. Recife, 2013. (continuação)

Variáveis	Frequência	
	N	%
Unidade de Saúde de origem		
USF Sítio das Palmeiras	31	25,8
USF Engenho do Meio	31	25,8
USF Cosírof	14	11,7
USF Brasilit	4	3,3
USF Skylab II	4	3,3
USF Roda de Fogo	4	3,3
USF Macaé	3	2,5
USF Sinos	3	2,5
USF Prof. Joaquim Cavalcanti	2	1,7
Outras USF's	9	7,5
Outras Unidades de Saúde	15	12,5
Total	120	100,0
Morbidades Referidas (Quantidade)		
Nenhuma	43	29,3
Uma	53	36,1
Duas	33	22,4
Três	13	8,8
Quatro ou mais	5	3,4
Total	147	100,0
Terapias Encaminhadas		
Lian Gong	35	16,1
Tai Chi Chuan	24	11,0
Automassagem	65	29,8
Flexibilização	31	14,2
Yoga	40	18,3
Saúde de Coluna	23	10,6
Total	218	100,0

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

Tabela 2. Frequências absolutas e relativas das variáveis de saúde dos usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde. Recife, 2013. (continuação)

Variáveis	Frequência	
	N	%
Medicamentos em uso		
Nenhum	68	46,3
Um a dois	53	36,1
três a quatro	20	13,6
Mais de quatro	6	4,1
Total	147	100,0
Motivos para Procura do Serviço		
Ligados às queixas físicas	82	49,1
Ligados às queixas mentais e psicológicas	46	27,5
Prevenção/promoção	39	23,4
Total	167	100,0

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

Por ser um instrumento de mensuração de qualidade de vida genérico, ou seja, que trata da percepção que o indivíduo tem de sua própria vida e isto varia conforme grupos e culturas diferentes, não apresenta um “padrão ouro” para ponto de corte nos escores. Varia assim de 0 a 100, onde quanto mais próximo do valor máximo melhor a qualidade de vida.¹⁰

A Qualidade de Vida Geral foi categorizada com base nos escores observados na análise do WHOQOL-bref, segundo manual próprio, onde: Péssima=0; Ruim=25; Regular=50; Bom=75 e Ótima=100.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa da Qualidade de Vida Geral dos usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde, segundo o WHOQOL-bref. Recife, 2013.

Qualidade de Vida Geral*	N	%
Péssima	4	2,7
Ruim	11	7,5
Regular	69	46,9
Boa	58	39,5
Ótima	5	3,4
Total	147	100,0

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

*A Qualidade de Vida Geral foi categorizada com base nos escores observados na análise do WHOQOL-bref, segundo manual próprio: Péssima=0; Ruim=25; Regular=50; Bom=75 e Ótima=100.

Tabela 4. Média, Mediana e Desvio Padrão dos escores do WHOQOL-bref dos usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

Qualidade de Vida	Domínio					Satisfação com a Saúde
	Físico	Mental	Social	Ambiental	Geral	
Média	52,7	55,3	57,2	45,6	58,2	44,4
Mediana	53,6	54,2	58,3	43,8	50,0	50,0
Desvio padrão	13,9	14,1	15,1	11,2	19,5	22,6

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

A maioria dos usuários das práticas corporais do SIS apresentou a Qualidade de Vida regular (46,9%), mensurada pelo WHOQOL-bref (Tabela 3), e apresentou maiores médias dos escores nessa categoria (58,2) e no domínio Social (57,2) como mostra a Tabela 4. Por sua vez, os menores escores foram observados na Satisfação com a Saúde (44,4) e no domínio Ambiental (45,6).

A Qualidade de Vida Geral (QdVG) e a Satisfação com a Saúde (ScS), originadas das médias dos escores do WHOQOL-bref dos usuários, foram associadas a cada um dos aspectos demográficos e de saúde relatados por eles.

A Tabela 5 mostra a força e o sentido das associações constatadas. Observou-se que as maiores forças de associação encontradas foram: entre a presença de transtorno mental moderado e a satisfação com a saúde; entre a religião e satisfação com a saúde; e entre a presença de transtorno mental severo e a satisfação com a saúde. Observou-se também o sentido (direção) das associações, ou seja, quais dos aspectos analisados influenciavam negativamente ou positivamente a QdVG e ScS.

Foi encontrada uma associação significativamente negativa entre enxaqueca, transtorno mental severo e a ScS, ou seja, a presença dessas morbidades influenciam negativamente a qualidade de vida no aspecto de satisfação com a saúde.

Foram observados três modalidades de motivos de procura pelo atendimento em Práticas Integrativas e Complementares: ligados às queixas físicas; às queixas emocionais e psicológicas; e à prevenção e promoção de saúde. Houve usuários que chegaram ao serviço apresentando descontentamentos específicos e outros que relataram mais de uma modalidade de motivos.

Associaram esses relatos de insatisfações e a Qualidade de Vida (QdV) verificada pelo WHOQOL-bref (Tabela 6) e constatou-se que os usuários de práticas corporais do SIS que apresentaram QdV categorizada Péssima, procuraram o serviço motivados por questões

bem delimitadas. Metade deles queixou-se apenas de afecções relacionadas aos aspectos físicos, enquanto a outra metade apresentou lamentos somente quanto às questões mentais e emocionais.

As modalidades de motivos se mesclaram naqueles que apresentaram uma Qualidade de Vida autorreferida, classificada Ruim ou Regular. No entanto, as especificidades de queixas foram retomadas nas pessoas que relataram escores de QdV Boa (as afecções físicas foram a queixa principal) e Ótima (mais da metade destes procurou o SIS a fim de obter cuidados preventivos e de promoção de saúde). Todas as associações apresentaram o valor menor do que 0,05, ou seja, apresentaram associações significativas estatisticamente.

Tabela 5. Frequência relativa dos motivos de procura pelo atendimento em Práticas Integrativas e Complementares, segundo categorias de Qualidade de Vida Geral. Usuários de Práticas Corporais do Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

Qualidade de Vida Geral	Motivos ligados às Queixas Físicas apenas (%)	Motivos ligados às queixas mentais e emocionais apenas (%)	Motivos ligados à Prevenção/promoção de saúde (%)	Motivos ligados às queixas/objetivos diversos (%)	Total (%)
Péssima	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Ruim	18,2	27,3	27,3	27,3	100,0
Regular	44,9	24,6	15,9	14,4	100,0
Boa	51,7	19,0	24,1	5,1	100,0
Ótima	0,0	0,0	60,0	20,0	100,0

Fonte: Serviço Integrado de Saúde, Recife, 2013.

*A Qualidade de Vida Geral foi categorizada com base nos escores observados na análise do WHOQOL-bref, segundo manual próprio: Péssima=0;Ruim=25;Regular=50;Bom=75 e Ótima=100.

Discussão

Dentre as ações valorizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares está a humanização do cuidado, que deve ser iniciada desde a chegada do usuário ao serviço, através do acolhimento. Este tem por proposta ser um lugar seguro para que o mesmo expresse suas preocupações e queixas, e onde seja garantida a ele uma atenção resolutiva ou encaminhamento para outros serviços. Um dos pontos-chave do acolhimento é o momento em que a queixa principal é expressa, ou seja, os motivos que levaram o usuário a procurar a Unidade³.

Os registros em prontuários ou fichas de atendimento ainda são a principal estratégia adotada pelos serviços de saúde para acompanhamento dos atendimentos prestados e para registro dos relatos captados no acolhimento. Dessa maneira, a coerência e a consistência dessas informações podem servir para avaliar o andamento dos projetos terapêuticos institucionais, instrumentalizar pesquisas e formação profissional, apoiar decisões clínicas e gerenciais, além de aspectos mais relacionados à qualidade da prestação do serviço e do processo de trabalho.¹¹

Dentre os aspectos sociodemográficos dos usuários de práticas corporais do Serviço Integrado de Saúde, a maior prevalência do sexo feminino apresentou-se consonante com os dados de outros estudos.^{12,13,14} A faixa etária de adultos maduros abrangeu o maior número de usuários e foi um resultado semelhante ao observado em uma UCIS de São Paulo¹².

No tocante à cor da pele, a maior procura foi por pessoas de cor parda, seguidas pelas de cor branca, semelhante a dados do SUS, que indica como maioria, uma mescla entre pardos e negros.¹⁵

Esse estudo mostra uma maior utilização das práticas corporais do SIS por pessoas de baixa renda e baixa escolaridade e assemelham-se aos dados obtidos em outras unidades públicas de cuidados em PICS brasileiras.^{15,16}

Sobre a procedência da população que frequenta o Serviço Integrado de Saúde, a maioria dos que realizam as atividades de práticas corporais é residente na área de abrangência da Unidade de Saúde, o que reflete consonância com a diretriz da atenção básica, que preconiza a relação do serviço com o território e a proximidade com a comunidade adscrita. Há também pessoas de outras microrregiões do Recife e de outras cidades da Região Metropolitana sendo atendidas, porém, em menor número. Isso nos mostra a necessidade de criação de outras Unidades Integradas de Saúde no município, de modo a atender a demanda dos outros distritos sanitários.

A maioria das solicitações feitas pelas PICS foi de encaminhamentos de outras Unidades de Saúde, principalmente das Unidades de Saúde da Família. Esse fenômeno, verificado logo no primeiro ano de inauguração do SIS, mostra sua característica de referência na atenção primária e uma forte articulação entre eles. Fortalecimento discutido no âmbito da Política Nacional de Práticas Integrativas que cita a importância da integralidade da atenção à saúde, princípio efetivado pela interação das ações e serviços oferecidos pelo SUS, justificado nesse estudo pelo grande quantitativo de usuários da comunidade referidos às práticas.¹

Vários estudos demonstram a importância da incorporação das PICS na atenção básica.^{6,8,17} Tal adesão promove renovação do processo de cuidado, conduzindo a uma harmoni-

zação da relação terapêutica, onde o sujeito que procura atendimento volta a ser o elemento central do paradigma médico. Através da utilização de meios terapêuticos mais naturais, mais simples, com menos dispêndio de recurso financeiro e que possuem o mesmo êxito curativo, essas práticas tornam possível centralizar a saúde no processo de cuidado⁴. Elas podem servir de estratégia na implementação dos princípios que regem o SUS, em especial, a integralidade da atenção, a equidade, a humanização e a participação social.^{12,18}

Grande parte dos usuários de práticas corporais do SIS apresentou morbidades e relatou fazer uso de medicamentos no momento da pesquisa. Os distúrbios osteoarticulares, as algias tensionais, artroses e outros distúrbios relacionados ao físico foram as descobertas mais prevalentes, além das doenças ligadas à emoção e ao comportamento, como a ansiedade e a depressão. Em conformidade com esses achados estão os obtidos no estudo de Broitman¹², sobre uma UCIS do estado de São Paulo, onde se constatou que a maioria da população também apresentava motivos associados ao sistema osteomuscular, transtornos mentais ou comportamentais e dor. A dor é o principal fator de procura ao atendimento médico pelos usuários e também é a queixa mais frequente de quem procura as Práticas Integrativas e Complementares.^{12,19}

Quando buscam ajuda para uma determinada enfermidade, os usuários podem estar com outros problemas não explícitos, que podem ser a causa ou estar atrelados ao problema de saúde que carregam. As necessidades de cuidado pode ser a procura de alguma resposta às más condições de vida que viveram ou estão vivendo, de um vínculo efetivo ou afetivo com algum profissional, de ter maior autonomia no modo de levar a vida ou, mesmo, de ter acesso à tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida com qualidade.

Os usuários das práticas corporais, a maioria, apresentaram segundo o WHOQOL-bref Satisfação com a Saúde (ScS) em um nível baixo e Qualidade de Vida (QdV) Regular. Ao buscarmos associações, podemos observar a influência de alguns aspectos de saúde (como a presença de enxaqueca e de transtornos mentais) com a ScS. Houve uma associação negativa entre eles, ou seja, essas comorbidades afetavam o usuários, reduzindo a satisfação com a saúde.

Como foi possível observar, a maioria dos usuários procurou o SIS interessado em tratamentos para doenças, perfil equivalente aos motivos referidos para a procura de serviços do SUS.¹⁶ As queixas quanto aos aspectos físicos, emocionais e comportamentais prevaleceram, em detrimento dos motivos ligados à promoção e prevenção da saúde.

Alguns estudos apontam como fatores determinantes ao processo de decisão pelo uso ou não dessas práticas: custo e capacidade de pagar por elas; disponibilidade e acesso; tem-

po de tratamento com a biomedicina; rede de sociabilidade do paciente com o suporte familiar e de amigos; insatisfação com o tratamento médico convencional e busca por práticas que aliviem os sintomas das doenças.^{4,6,19} Outros motivos: medo dos efeitos colaterais provocados pela medicina convencional, orientação e curiosidade relativas às terapias alternativas e falta de dinheiro para arcar com os tratamentos alopáticos. Soma-se a isso um aumento das doenças crônico-degenerativas, o acesso à informação e à consciência do direito à qualidade de vida; o que reflete nas mudanças de necessidades e valores da sociedade moderna em geral.^{20,21}

Vale salientar que os motivos de procura pelas PICS variaram em decorrência dos diferentes escores de Qualidade de Vida referidas pelos usuários das práticas corporais: aqueles que apresentaram menor QdV expressaram queixas bem definidas, a maioria relacionadas a somente um dos três aspectos categorizados (físico, mental e prevenção da saúde). Os que procuraram o serviço para atividades de promoção e prevenção foram os que obtiveram maiores escores no WHOQOL- bref.

No que se refere às experiências de pacientes com a utilização das PICS, destaca-se a possibilidade de um cuidado integral focado na individualização do tratamento e os impactos positivos junto ao tratamento convencional.¹ As formas de interpretação e ação biomédicas, que em geral a população apresenta, tendem a reforçar a medicalização e a reduzir os sintomas do adoecimento ao biológico. Ocorre, ainda, uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos valores e dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença do indivíduo.

As práticas integrativas, por sua vez, parecem ser promissoras como estratégia “desmedicalizante” no âmbito do SUS.²³ No entanto, seu fomento não é uma panacéia e, como qualquer prática em saúde contemporânea, está sujeita a uma ressignificação redutora, e contra isso deve-se manter fiel à sua essência de cuidado integral à saúde, com vias de promoção, como prega a PNPIC.^{1,22,23}

Considerações finais

Por ser um fenômeno crescente, torna-se necessária a ampliação de pesquisas em relação ao uso de Práticas Integrativas e Complementares, procurando aprofundar a compreensão sobre os sentidos, entendimentos, percepções e experiências dos usuários quanto ao cuidado e processo saúde-doença.

Compreendemos as queixas e os motivos dos usuários, socialmente construídos e interligados com seus aspectos de saúde, sociodemográficos e qualidade de vida. E essa autonomia

da escolha terapêutica é uma questão fortalecida pelas PICS, no entanto, ainda não havia se observado trabalhos que fizessem associações entre os motivos de procura pelo serviço e a qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de saúde.

Essas informações podem auxiliar profissionais de saúde e gestores a lidarem, no cotidiano institucional, com as diversas opções e necessidades dos usuários, permitindo aos pesquisadores o desenvolvimento de formulações conceituais e teóricas mais precisas, calcadas na perspectiva do ator social envolvido de modo central (usuário). Este estudo, apesar de ter analisado apenas a categoria de usuários de Práticas Corporais em uma Unidade de Saúde específica, trouxe resultados relevantes quanto à procura da população pelo serviço de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pol Nac de Práticas Integrativas e Complementares no SUS** - PNPIC- SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional** 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. 75 p.
3. ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc** 2010; São Paulo, v.19, n.3, p.497-508.
4. LUZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX1. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva** 2005; Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): p.145-176.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.
6. SOUSA, I.M.C. et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, 2012; 28(11):2143-2154.
7. LORENZETTO, L.A.; MATTHIESEN, S.Q. **Práticas Corporais Alternativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
8. SANTOS, F.A.S. et al. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154-1159, Dez.2011.
9. PELIZZOLI M.L. Saúde: entre Ciência, Doença e Mercado Reflexões epistemológico-críticas. **Saúde em novo paradigma**. Pernambuco: EDUFPE, 2011.
10. CASTRO, M.M.L.D.; HOKERBERG, Y.H.M.; PASSOS, S.R.L. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.7, p. 1357-1369, Jul.2013.
11. VASCONCELLOS, M.M.;GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24 Sup1:S173-S182, 2008.
12. BROITMAN, M. **Perfil dos pacientes, em geral e HIV positivos, atendidos em uma Unidade de Práticas Integrativas e Complementares em uma rede municipal de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública da USP, 2011.

13. FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** 2009; 43(4):595-603.
14. GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública** 2007; 23(3):565-574.
15. RIBEIRO, M. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Cien Saúde Colet** 2006; 11(4):1011-1022.
16. SILVA, Z.P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Cien Saúde Colet** 2011; 16(9):3807-3816.
17. THIAGO, A.C.S; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública** 2011; 45(2):249-57.
18. TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciêns Saúde Colet** 2008; 13(1):195-206.
19. NAHIN, R.L. et al. Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007. **Nati Health Stat Rep**. 2009(18):1-16.
20. OTANI, M.A.P.; BARROS, N.F.A. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, 2008.
21. SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública** [online], 2010, vol.26, n.1, p. 7-13.
22. DALCANALE, C.T. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública** [Internet], 2009, Aug [cited 2015 Apr 23]; 25(8): 1732-1742.
23. TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** 2008; 42(5): 914-920.

8



Usuários em sofrimento difuso em centros de práticas integrativas e complementares

Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Vitor Pereira Jordão
Camilla Maria Ferreira de Aquino
Islândia Carvalho Sousa

Por diversidade nas formas de cuidado

Nas instituições de saúde a oferta e a demanda têm sido organizadas, ao longo de anos, por uma lógica biomédica. A ênfase é dada à doença e, muitas vezes, o tratamento descaracteriza e despersonaliza o indivíduo, o que dificulta a construção do projeto terapêutico singular. Este modelo, fundamentado prioritariamente na utilização intensiva da tecnologia, na prática hospitalar e na incorporação profissional centrada nas especialidades médicas, é financeiramente insustentável (ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004).

É fundamental uma mudança de orientação de um modelo tradicional baseado em uma abordagem focada na doença para uma inovação no modelo de cuidado (SOUSA, 2013). Um novo paradigma de concepção e organização de cuidados em saúde.

Os desafios das próximas décadas do século XXI implicam a preparação de equipes e de profissionais equipados com os meios técnicos e um modelo organizacional capaz de responder às necessidades de saúde da população, apoiadas em normas de orientação clínica, com interesse para o usuário/paciente.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são identificadas como alternativa ao modelo biomédico, medicalizante e hospitalocêntrico. Uma das características das PICS é a singularidade na terapêutica, direcionada ao doente e não à doença, o que pode vir a contribuir com resultados mais satisfatórios (PINHEIRO e LUZ, 2003).

Apesar de terem sido instituídas nacionalmente como política há dez anos, a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – Portaria GM/MS 971/2006, as PICS já faziam parte do cotidiano de muitos serviços de saúde pública (JUSTO, 2007; BRASIL, 2006; SOUSA, VIEIRA, 2004). É possível perceber um movimento de profissionais e usuários do sistema pela busca de outros modos e outras possibilidades para o cuidado em Saúde.

Entre as PICS instituídas no SUS, destacam-se a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e várias práticas corporais advindas de diferentes Racionalidades Médicas (*Lian Gong, Yoga, Tai Chi Chuan*). A busca e a expansão dessas medicinas/práticas integrativas podem estar associadas a vários fatores, como já mencionado, mas, sobretudo, à crise no modelo de atenção à saúde (FERREIRA e LUZ, 2007; QUEIROZ, 2000).

O desvio que ocorre na prática clínica, onde o foco é o diagnóstico e a cura da doença, que obscurece a relação cuidador-usuário, coloca em segundo plano a terapêutica em favor do diagnóstico e submete os profissionais de saúde ao objetivismo excessivo, não permitindo outras interpretações, de construção das doenças (TESSER e LUZ, 2002).

As práticas integrativas e a saúde mental

Nota-se a crescente tendência da medicalização progressiva de vivências e sofrimentos humanos que até pouco tempo eram considerados próprios da existência, ou pelo menos, e isto é o mais importante, próprios e passíveis de manejo autônomo pelas pessoas em suas redes de relações sociais (CASTIEL e DIAZ, 2007; TESSER, 2006).

No entanto, no campo da saúde mental constata-se mudanças nos conceitos que permeiam o paradigma da psiquiatria clássica. Fundamenta-se uma nova concepção de Ciência, que envolve conceitos como *desinstitucionalização*, *doença entre parênteses*, *complexidade*. O conceito de doença entre parênteses, difundido por Basaglia (1985), não se refere à negação da doença, mas à possibilidade de suspensão do olhar clínico que o médico direciona à doença e não ao doente; suspendendo-o, pode-se entrar em contato com a 'existência-sofrimento' do sujeito. Em outras palavras, trata-se de inverter a lógica da psiquiatria moderna reducionista, que direciona seu olhar à doença em detrimento do doente.

“ O olhar médico não encontra o doente, mas sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas (ROTELLI, 2001, p.92).

Com a inversão do objeto científico da psiquiatria (da doença ao sujeito que sofre), a reforma psiquiátrica, segundo Amarante apud Oliveira et al. (2005, p. 11), produz uma ruptura com a ciência moderna, por dois motivos:

1. Rompe com o processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação);
2. Rompe com o processo de patologização dos comportamentos humanos com base em pressupostos ontológicos de normalidade. Por isso, Basaglia (1985) refere a necessidade de se colocar a doença entre parênteses, como forma de inverter a tradição psiquiátrica, que é a do o homem estar entre parênteses, para se ocupar da doença.

Portanto, só é possível compreender a doença mental a partir da sua relação com o pro-

fissional, com o território, com os espaços sociais. Seria problemático entendê-la por meio do isolamento, da segregação, da tutela, da periculosidade; propostas do modelo manicomial.

Compreende-se, agora, o processo de desinstitucionalização como uma reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é colocada no processo de ‘cura’, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ (ROTELLI, 2001).

É fundamental a mudança de orientação de um modelo tradicional baseado na abordagem da doença, para uma inovação no modelo de cuidado (SOUSA, 2013), ou seja, novo paradigma de concepção e organização de cuidados em saúde, que pode ser encontrado nas PICS, em que o cuidado diz respeito a cuidar do doente. Dessa forma, o que ele sente e o que pensa são aspectos inerentes ao tratamento, deste modo, o cuidado da saúde mental está necessariamente ligado ao cuidado do doente.

Neste cenário, a inserção das Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção Psicossocial é essencial, visto que entre os seus aspectos inovadores podem ser destacados:

- reposição do sujeito doente como centro do paradigma;
- redefinição da relação terapeuta - doente como elemento fundamental da terapêutica;
- busca de meios terapêuticos simples, despojados de “tecnologias duras”, mais baratas e com igual ou maior eficácia;
- construção de uma medicina que procure acentuar a autonomia do doente na relação;
- afirmação da saúde como categoria central e não a doença (LUZ, 2005).

O conceito de sofrimento difuso

O efeito das Práticas Integrativas e Complementares tem sido pouco explorado no campo da Saúde Mental, apesar de alguns estudos elucidarem que há usuários em “sofrimento” que buscam outros tipos de cuidados não biomédicos. O aumento nas indicações das PICS para problemas relacionados ao sistema nervoso, talvez revele os casos que não puderam ser resolvidos pelo modelo biomédico, não restando outra opção, a não ser encaminhar o usuário para outras práticas (SOUSA, 2004; SOUSA, 2012).

Considerando as afinidades do campo da Saúde Mental com o campo das PICS (SOUSA *et al*, 2012), como visão singular e complexa do sujeito, em algumas experiências locais os serviços em Práticas Integrativas têm também servido de referências para as pessoas em sofrimento, como visto em Recife (SANTOS *et al*, 2011).

Valla (2001) chama a atenção para o fato de a população estar manifestando adoecimento através do “sofrimento difuso” (SD), expressado por meio da ansiedade, depressão, nervosismo. O intuito do conceito de SD, criado por Vitor Valla, foi compreender uma série de sintomas de causas inespecíficas de caráter físico e psíquico, que não conseguem ser discernidos pelo profissional de saúde ou por exames como uma patologia reconhecida. Mesmo não ocorrendo diagnóstico preciso, as queixas apresentadas pelos usuários geram um grande impacto na vida deles, possivelmente, são catalisadores de outras patologias (FONSECA, 2007).

Segundo Valla (2001), seis em cada dez casos que chegam aos hospitais públicos são identificados como sofrimento difuso. Devido à grande demanda dos hospitais, o sistema de saúde não suporta a demanda, e financeiramente não sustenta tais usuários que aparentemente são determinados como hipocondríacos, mas que, em suma, possuem queixas de saúde aquém da resolutividade do sistema hegemônico de saúde.

Partindo-se do pressuposto que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em Sofrimento Difuso procuram outras formas terapêuticas de encontrar alívio, o Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra, da Universidade Federal de Pernambuco, em parceria com o Grupo de Pesquisa em Práticas e Saberes, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Islândia Maria Carvalho de Sousa, realizaram o estudo intitulado: “Custo-efetividade das Práticas Integrativas e Complementares na rede de atenção psicossocial: um estudo multicêntrico”, aprovado pelo Edital MCTI/CNPq/MS-SC-TIE – Decit Nº 07/2013 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde.

Um dos objetivos foi identificar o perfil dos usuários em SD atendidos em dois centros de práticas sob a gestão da rede pública municipal, um dos locais foi identificado como Média Complexidade e o outro, como Atenção Básica. Respectivamente, o Centro de Práticas Integrativas e Complementares Equilíbrio do Ser (CPIES), localizado em João Pessoa, estado da Paraíba, em atividade desde 2011; e a Unidade de Cuidados Integrals em Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA), localizado em Recife, estado de Pernambuco, inaugurado em 2004.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, a coleta de dados foi realizada a partir da consulta aos prontuários de usuários atendidos no período de 2014, com a devida colaboração das administrações municipais participantes.

Estudo de caso 1: centro de práticas integrativas equilíbrio do ser, João Pessoa – PB

O CPICES se encontra no bairro dos Bancários, um dos bairros centrais da capital paraibana, permitindo fácil acesso à população. Além de acessibilidade geográfica, o horário de funcionamento inicia-se às 08h e segue até às 21h. O centro oferece práticas individuais e coletivas, conforme quadro 1.

Quadro 1 - Práticas individuais e coletivas disponíveis no CPICES. João Pessoa/PB. 2015.

Práticas individuais			
Acupuntura	Auriculoacupuntura	Homeopatia	Fitoterapia
Arteterapia	Terapia floral	Quiropraxia	Reiki
Aromaterapia	Terapia e Massagem Ayurvédica	Massoterapia	Gestalt terapia
Naturopatia	Geoterapia	Iridologia	Reflexologia
Práticas coletivas			
Biodança	Danças circulares	Tai Chi Chuan	Terapia comunitária
Consciência corporal	Automassagem preventiva	Dança do sagrado feminino	Cura pela expressão
Yoga	Meditação	Constelação Familiar	Arteterapia
Círculo de gestantes	Cuidando do cuidador		

Fonte - Autoria própria.

A principal forma de entrada no serviço, no período estudado, foi a procura espontânea (76%), devido ao amplo horário de funcionamento e rotina de cadastro após apresentação e introdução em roda de conversa. No mesmo dia, os usuários que buscaram o serviço foram indicados a práticas coletivas e/ou encaminhados a consulta com terapeuta individual, momento em que as práticas são selecionadas de forma conjunta.

Figura 1 – Centro de Práticas Equilíbrio do Ser. João Pessoa/PB.



Fonte - Arquivo pessoal, 2015.

Referente à entrada no serviço, em cada prontuário, encontravam-se dados de identificação do usuário, anamnese (histórico pessoal e familiar, histórico da doença atual e queixas), terapias as quais o usuário foi encaminhado pelo serviço, e o acompanhamento dos cuidados prestados. Excluiu-se da pesquisa usuários menores de 18 anos e/ou que possuísem doenças mentais crônicas, pois o estudo teve como foco o sofrimento difuso.

No que se refere a sofrimento difuso, em usuários atendidos no CPICES em 2014, foram encontrados 180 casos. Entre estes, 85% eram mulheres, na faixa etária média de 47 anos, 53% possuem ensino superior completo ou incompleto e a maioria são professores (11%). As queixas mais comuns constituíram: ansiedade (43%), insônia (39%) e algias, as quais foram identificadas em todos os usuários; e entre as comorbidades dos pacientes, as mais relatadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica (22%) e Diabetes Mellitus (7%).

Dentre os casos encontrados, as práticas mais indicadas para as pessoas em sofrimento difuso, em geral, foram Acupuntura, em que 27% dos usuários foram encaminhados para essa prática; o Floral recebeu indicação de 17% dos casos de SD.

Estudo de caso 2: unidade de Cuidados Integrativos em Saúde Prof. Guilherme Abath, Recife – PE

A Unidade de Cuidados Integrativos de Saúde Prof. Guilherme Abath (UCISGA) foi construída em 2004, com ênfase em Práticas Integrativas Coletivas, e atende à população da região metropolitana do Recife/PE. Enquadrada como serviço de Atenção Básica, a Unidade possui horário de atendimento das 08h às 16h e oferece as práticas apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Práticas individuais e coletivas disponíveis na UCISGA. Recife/PE. 2015.

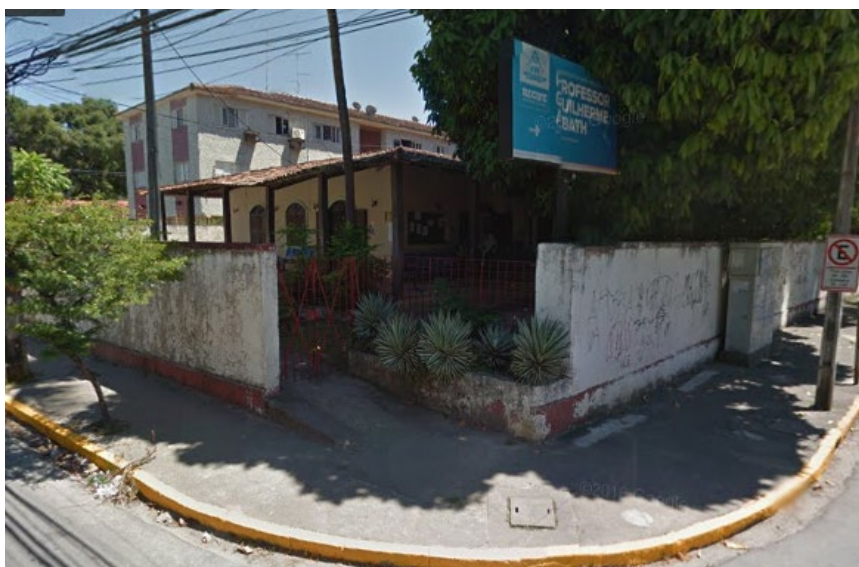
Práticas Individuais e Coletivas			
Acupuntura	Lian Gong	Tai Chi Chuan	Yoga
Alimentação viva e vegetariana	Automassagem	Constação de histórias	Danças Circulares
Corporificando a consciência	Meditação	Danças e Percussão	Arteterapia

Fonte - Autoria própria.

Na análise dos prontuários de usuários que foram atendidos durante o ano de 2014, foram encontrados 21 casos de sofrimento difuso no UCISGA. A hipótese levantada para esse número reduzido se dá pelos seguintes fatores: a localidade do CPICSGA é próxima de dois Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), adulto e infantil. Esses dois CAPS enviam um grupo considerável de usuários diagnosticados com algum transtorno mental para Terapias

Integrativas, e as crianças são encaminhadas ao CPICSGA também, por ser um tratamento menos invasivo.

Figura 2 – Unidade de Cuidados Integrals em Saúde Prof. Guilherme Abath. Recife/PE.



Fonte - Arquivo pessoal, 2015.

Os usuários têm em média 45 anos de idade e, em sua totalidade, são do sexo feminino. Destas, 38% declararam ter o nível médio, e não houve número expressivo em relação à profissão. As queixas mais comuns são algias (90%), ansiedade (47%) e insônia (38%).

Os dados disponíveis em prontuários eram escassos, e limitavam-se a informar os dados cadastrais do usuário e as práticas a que foi encaminhado no serviço, sem descrição do acompanhamento e evolução, o que se deve à cultura dos terapeutas em realizar outros registros, individuais, dos usuários que acompanham. As principais práticas indicadas a estes usuários foram a Acupuntura, Floral e Homeopatia.

Usuários com sofrimento difuso em ambos os centros

Entre os dois centros de Práticas Integrativas, pode-se perceber uma consonância dos usuários em torno das queixas, em que insônia, ansiedade, depressão e algias foram as queixas mais citadas, assim como Einsenberg et al (2002), o qual cita depressão, ansiedade e dores como as principais queixas referidas por usuários que procuram essas práticas. Dos 201 usuários atendidos em ambos os centros, 105 seguiram com o tratamento a partir de práticas individuais. Um total de 56 foram encaminhados à Acupuntura; 34 usuários foram encaminhados para tratamento Floral; e 15 usuários foram atendidos em sessões de Homeopatia. A tabela 1 aponta a frequência de queixas entre os usuários atendidos em ambos os centros de práticas.

Tabela 1 – Frequência de queixas de sofrimento difuso segundo prática individual, em usuários atendidos no ano de 2014, no Centro de Práticas Integrativas Equilíbrio do Ser, em João Pessoa/PB e na Unidade de Cuidados Integrados em Saúde Prof. Guilherme Abath, em Recife/PE.

Terapias Indicadas	Queixas					
	Insônia	Ansiedade	Enxaqueca	Alergia	Depressão	Algias
Acupuntura	41%	35%	26%	6%	25%	26%
Floral	23%	38%	23%	38%	26%	18%
Homeopatia	40%	66%	-	13%	7%	33%

Fonte - Autoria própria.

O baixo número de atendimentos em sofrimento difuso encontrados no UCISGA deve-se a uma grande quantidade de diagnósticos psiquiátricos já estabelecidos, em decorrência da forma de entrada no serviço. Para abrir prontuário é necessário encaminhamento de outros serviços da rede pública. Dessa forma, muitos usuários foram diagnosticados por médicos como portadores de sofrimentos mentais reconhecidos pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Em contraponto, o CPICES, além de encaminhamentos, funciona como um serviço de porta aberta, devido a este fato grande parte dos atendimentos deriva da procura espontânea do usuário. Os mesmos apresentam queixas similares aos usuários da UCISGA, mas a forma de acesso faz com que boa parte das pessoas que chega ao CPICES não passe por diagnósticos médicos para ser atendida.

Em relação à escolaridade, percebeu-se no UCISGA um aumento da porcentagem de pessoas com ensino médio comparado à pesquisa de Souza *et al* (2011), em que 28%, na época, tinham ensino médio, enquanto que na atual pesquisa foi 38%. No CPICES é predominante os usuários com ensino superior completo (58%), as duas pesquisas corroboram com as descobertas internacionais ao confirmar que o ensino superior é uma constante dos usuários das PICS (BARNES *et al*, 2004; EISENBERG *et al*, 2002; NI *et al*, 2002).

As mulheres são as principais usuárias do SUS (ALMEIDA, 2006) e, com a inserção das PICS em serviços de saúde públicos, esta tendência permanece. Broitman (2011) e Souza *et al* (2011) encontraram proporções de 81% e 79% do sexo feminino, respectivamente, nas PICS. Esses achados são compatíveis com os resultados do CPICES e UCISGA, em que o sexo feminino também foi dominante, respectivamente, com percentual de 85% e 100% dos casos em sofrimento difuso. Em pesquisas internacionais, é possível verificar a mesma predominância do sexo feminino no uso das PICS, bem como as idades médias encontradas no CPICES e UCISGA, entre 45 e 47 anos (BARNES *et al*, 2004; EISENBERG *et al*, 2002; NI *et al*, 2002).

É possível perceber, com esse mapeamento, qual o público de usuários que procuram

nessas práticas a solução para seu sofrimento difuso. São mulheres, na meia idade, com nível médio ou superior de escolaridade, apresentando sinais de insônia, ansiedade, algias diversas e depressão, mas sem as manifestações clássicas que permitam determinar uma patologia conforme o CID-X.

Com relação às principais práticas individuais indicadas aos usuários com SD atendidos, Acupuntura, Floral e Homeopatia são as mais populares e difundidas nos dois centros de práticas identificados. Internacionalmente os estudos de NI *et al*, (2002) informam que as práticas mais comuns usadas nos Estados Unidos são cura espiritual (13,7%), Fitoterapia, (9,6%) e Quiropraxia (7,6%). O que demonstra um diferencial das PICS entre o Brasil e os Estados Unidos.

A identificação deste perfil pode subsidiar o planejamento de estratégias de cuidado que atendam e ampliem o acesso aos usuários. É certo que devido ao mapeamento, novas pesquisas podem ser traçadas para o campo, até o momento, pioneiro do SUS, enriquecendo o estado da arte sobre a temática do Sofrimento Difuso e as Práticas Integrativas e Complementares.

Referências

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

AMARANTE, P. A. (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Ed. Nau, Engenheiro Paulo de Frontin, 2003. Apud OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10; n. 1; p. 191-203, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). **American Psychiatric Pub**, 2013.

BARNES, P. M. *et al.* Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. **Seminars in integrative medicine**. WB Saunders, p. 54-71, 2004.

BASAGLIA, F. As instituições da violência, 1985. In: FRANCO BASAGLIA (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001, p. 99-134.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS-PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BROITMAN, M. **Perfil dos pacientes, em geral e HIV positivos, atendidos em uma unidade de práticas integrativas e complementares da rede municipal de São Paulo**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo (USP), 2011.

CASTIEL, L.D.; DIAZ, C.A. Discursos sobre riscos e comportamentos sadios baseados em evidências. In: Castiel, L.D.; Diaz, C.A. (Orgs.). **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 25-33.

EISENBERG, D. M. *et al.* Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: **results of a follow-up national survey**. *Jama*, v. 280, n. 18, p. 1569-1575, 1998.

FERREIRA, C.S.; LUZ, M.T. Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. **Histórias, Ciências, Saúde** - Manguinhos; vol. 3, p. 863-875, 2007.

FONSECA, M.L.G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos**: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Ensp-Fiocruz, 2007.

JUSTO, C.M.P.; GOMES, M.H.A. A cidade de Santos no roteiro da expansão da homeopatia

nos serviços públicos de saúde no Brasil. **História, Ciências e Saúde**, vol. 14, p.1159-1171, 2007.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, vol. 15 (Supl.), 2005.

NI, H.; SIMILE, C.; HARDY, A. M. Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey. **Medical Care**, v. 40, n. 4, p. 353-358, 2002.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, vol. 4, 2003.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cad de Saúde Pública**, vol. 16, p. 363-375, 2000.

ROTELLI, F; LEONARDES, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS, F.A.S.; SOUSA, I.M.C.; GURGEL, I.G.D.; BEZERRA, A.F.B.; BARROS, N.F. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, vol. 45, n. 1154-1159, 2011.

SOUSA, I.M.C. **Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária**: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Ensp-Fiocruz, 2013.

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

SOUSA I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, Suplemento, p.255-266, 2004.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 2, p. 363-372, 2002.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 10, n. 19, p. 61-76, 2006.

VALLA, V.V. Globalização e Saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001.

9



Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios

Nelson Filice de Barros
Cristiane Spadacio
Marcelo Viana da Costa

Introdução

No campo da saúde no Brasil, o trabalho em equipe configura-se como estratégia de cuidado integral em todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, na Atenção Primária à Saúde (APS). É considerado como um dos pilares do trabalho em saúde e toma as necessidades de saúde como objeto multidimensional que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos, econômicos e culturais.

Na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca (res)situar o usuário, a família e a comunidade no centro do processo de cuidado, o que exige uma intrínseca interação entre as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de saúde. Existe certa confusão conceitual entre trabalho multiprofissional, trabalho em equipe, trabalho interprofissional e prática colaborativa. O nível de interação, o compartilhamento de objetivos em comum, a identidade de equipe e a centralidade no usuário e suas necessidades são aspectos centrais para a diferenciação desses termos.^{1,2}

A perspectiva interprofissional é bastante distinta da multiprofissional. Enquanto esta relaciona-se com o trabalho em equipes constituídas por diferentes profissionais, sem a necessária interação entre os membros e, por vezes, apenas dividindo o mesmo espaço, com limitada ou nenhuma interação; aquela compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe³ e busca o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletivos, considerados coprodutores dos atos em saúde.⁴ Destarte, é preciso transitar do trabalho em paralelo (multiprofissional) para o articulado e integrado (interprofissional), orientado pelas necessidades de saúde.⁵ Esse trânsito se justifica pela necessidade de superar o contexto marcado pelo trabalho fortemente parcelado e centrado no profissional. Em outras palavras, é necessário passar da equipe como agrupamento de agentes, para a equipe como integração de trabalhos.⁶ Na primeira noção, a tônica do trabalho é a fragmentação e a justaposição de ações; na segunda, evidencia-se a integralidade das ações de saúde. O fortalecimento dessa passagem deve fazer parte das preocupações cotidianas do trabalho, para que os profissionais articulem as decisões e configurem [...] na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais [...] [o] trabalho em equipe multiprofissional [como] uma modalidade de trabalho coletivo.⁶⁽¹⁰⁸⁾

A integração de trabalhos pela equipe, em oposição ao agrupamento de agentes, é especialmente importante para refletir sobre o trabalho interprofissional com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na APS. A discussão sobre inclusão de PIC no sistema nacional de saúde brasileiro teve início na década de 1980, com destaque para a VIII Conferência

Nacional de Saúde, em 1986, e após a criação do SUS, em 1988. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, contexto no qual foram desenvolvidas algumas experiências pioneiras e que deram origem às reivindicações para regulamentação das PIC em nível nacional.⁷ As iniciativas existentes ocorriam sem ter diretrizes a serem seguidas, colaborando para o desenvolvimento de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação.⁸⁽⁴⁾

A partir de 2006, a oferta da homeopatia, da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da medicina antroposófica, da fitoterapia/plantas medicinais e do termalismo/crenoterapia é regulamenta e definida pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

Ao longo desses 12 anos de existência da PNPIC, tem sido investigado o processo de implantação das diferentes práticas e do seu potencial de cuidado no cotidiano dos serviços de APS.⁹⁻¹² Contudo, nenhuma investigação analisou a integração de trabalhos em oposição ao agrupamento de agentes na APS tendo como eixo as PIC. Assim, o presente artigo tem como objetivo analisar os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as PIC no contexto da APS.

Material e métodos

Este artigo analisa resultados do primeiro de três estudos que integram o projeto 'As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos serviços de APS na Região Metropolitana de Campinas/SP', desenvolvido pelo Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde (Lapacis/Unicamp), o qual tem como parte de sua missão apoiar ações governamentais de implementação das PIC no SUS.

No período de setembro de 2014 a junho de 2015, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e pelo Colegiado de Gestão Regional da Região Metropolitana de Campinas, desenvolveu-se um censo em todos os serviços de APS dos 20 municípios da Região Metropolitana de Campinas (RMC), para identificar quais eram as PIC ofertadas e quais as avaliações dos coordenadores das unidades sobre o uso dessas práticas no serviço.

Inicialmente, realizou-se levantamento do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Observatório de Indicadores da RMC. Após checagem do número de unidades no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), identificou-se um total de 285 UBS a serem investigadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas por telefone com os coordenadores das UBS e identificadas 117 que ofertavam alguma PIC naquele momento, as quais estavam concentradas em 8 dos 20 municípios da RMC.

O roteiro de entrevista continha, entre outras, as seguintes perguntas: ‘Quais os aspectos negativos do desenvolvimento das PIC na APS para a equipe? Por quê?’ ‘Quais os aspectos positivos do desenvolvimento das PIC na APS para a equipe? Por quê?’ As respostas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise temática de conteúdo, a partir do referencial da sociologia da saúde e saúde coletiva, em busca de constituir uma sociologia das PIC.

A estrutura de análise qualitativa dos dados obedeceu a duas etapas principais. A primeira delas foi a ‘pré-análise’, em que se realizou a leitura de todas as entrevistas para a compreensão global do contexto. Após essa primeira leitura, foram identificados os núcleos de sentidos, sempre elencando extratos de falas que representavam, de fato, os argumentos mais significativos para essa fase. Esse é um processo conhecido como ‘*load your mind*’, na busca por padrões, relações e repetições no *corpus* global das entrevistas – aqui as categorias analíticas iniciais já começam a se delinear. Na segunda etapa, as categorias analíticas foram estabelecidas, e recategorizações aconteceram, sempre buscando um nível interpretativo dos discursos dos entrevistados.

As categorias analíticas emergidas dos núcleos de sentidos positivos e negativos foram as seguintes: i) integração de diferentes profissões que compõem a equipe; ii) estratégia de aproximação de profissionais e das equipes com usuários; iii) dispositivo de prevenção e promoção da saúde para a equipe; iv) conflito com outras atividades da equipe; v) sobrecarga de trabalho dos profissionais que conduzem as PIC; vi) atividade não prioritária na rotina de atendimento. Na apresentação dos resultados, conforme recomenda Minayo, “as categorias empíricas passaram por um novo processo de teorização a partir do referencial adotado”¹³⁽⁶²⁵⁾

Resultados e discussão

As PIC são um bom analisador do processo de trabalho em saúde na APS, ou seja, são ‘boas para pensar’ as relações de trabalho entre profissionais no contexto do SUS. Cabe, contudo, antes de aprofundar essa reflexão, apresentar o perfil dos entrevistados, que exibiram as seguintes características: predominantemente coordenadores dos serviços (N=102/87,0%), dos quais 89,7% (N=105) eram do sexo feminino, com idade média de 41,45 anos; 76,1% (N=89) se referenciou de etnicidade branca; os maiores níveis de escolaridades referidos foram pós-graduação *latu sensu* (especialização) e superior completo, com 47,9% e 40,2% respectivamente; a religião católica predominou com 55% dos relatos; a profissão mais frequente foi de enfermeiros (70,4%), seguida por odontólogos (9,6%) e médicos (8,7%); o tipo de vínculo da maior parte dos entrevistados é direto com o município, para atuar no SUS local (98,3%); e o tempo médio de vínculo com a prefeitura, de 132,15 meses, enquanto com a UBS foi de 55,58 meses.

Os profissionais entrevistados, coordenadores de serviços que ofertam alguma PIC em 8 dos 20 municípios da RMC, atribuíram sentidos positivos à oferta de PIC para a equipe fazendo emergir as seguintes categorias analíticas:

‘integração de diferentes profissões que compõem a equipe’: as PIC constituem-se como estratégias de integração entre as diferentes profissões que compõem as equipes de APS, uma vez que a presença dessas práticas nos serviços é capaz de gerar, segundo um dos entrevistados:

[...] um espírito de equipe, eu acho que a equipe melhora a atenção, com mais solidariedade... melhora a questão da amizade entre a equipe, até para o desenvolvimento do trabalho. (entrevistado 74).

‘estratégia de aproximação de profissionais e das equipes com usuários’, delineando-se como atividades prazerosas que aproximam os profissionais das equipes com usuários e cuidadores da APS, tal como expresso no seguinte discurso:

Eu acho que quando a gente consegue proporcionar num centro de saúde atividades prazerosas tanto pro profissional, mas que também possa melhorar o vínculo com a comunidade, eu acho que sempre traz pra gente um benefício importante. (entrevistado 268).

‘dispositivo de prevenção e promoção da saúde para a equipe’, na qual as PIC apresentam, para a equipe, uma possibilidade para o trabalho de prevenção e promoção da saúde. Afirmou um dos entrevistados que:

A equipe se sente assim, trabalhando numa missão mais preventiva quando trabalha com as práticas integrativas... então nesse espaço é um espaço também de produzir saúde. (entrevistado 246).

Os aspectos positivos do desenvolvimento das PIC para a equipe, atribuídos pelos coordenadores de serviços, constituem, portanto, uma estratégia de integração profissional e práticas de cuidado para o trabalho das equipes na APS. Observou-se uma relação estreita entre estes sentidos positivos das PIC e a experiência de equipes que integram o trabalho⁶ na APS. Assim, identificou-se forte semelhança entre as PIC como estratégias de integração entre as diferentes profissões e a formação de conexões e interfaces entre os profissionais; articulação de práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada; construção da alteridade entre os profissionais; superação da inércia e indiferença burocrática; e reconhecimento e respeito aos diferentes conhecimentos.

Observou-se, também, forte afinidade entre as PIC como atividades prazerosas que aproximam os profissionais com usuários e a integração entre os profissionais com o intuito de

tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade; estreitamento do vínculo com a comunidade e entre os próprios profissionais da equipe. Por fim, identificaram-se as PIC como uma perspectiva de prevenção e produção da saúde com a recomposição de processos de trabalhos distintos; a quebra da divisão do processo de trabalho; responsabilização pelos problemas apresentados à equipe; e o estímulo ao trabalho partilhado.

A implantação das PIC na APS alcança a dimensão de uma inovação técnico-tecnológica que rearranja a organização e o processo de trabalho. Com elas, os entrevistados relataram mudanças substanciais do ponto de vista da qualidade do trabalho, pois introduziram uma dimensão prazerosa ao labor do campo da saúde, assim como desenvolveram uma virada paradigmática da patogênese para a prevenção e promoção da saúde. Não bastassem essas mudanças internas do processo de trabalho, também trouxeram mudanças da organização do trabalho ao propiciar maior integração e vinculação dos profissionais das equipes com as populações atendidas.

Nas entrevistas, foi possível perceber que o elemento principal da mudança da dinâmica do trabalho em saúde com as PIC foi a centralização do cuidado no usuário e suas necessidades. Assim, observou-se um deslocamento da perspectiva centrada no procedimento ou no profissional, para uma ordenação a partir das necessidades dos usuários. As PIC se apresentaram como mecanismo capaz de desvendar as potências do trabalho interprofissional, com claro benefícios aos usuários, que se sentiram mais 'atendidos' tendo em vista as novas relações que foram estabelecidas entre eles e os profissionais. Também para os profissionais de saúde houve mudança significativa, por não estarem a todo momento no campo da atenção curativa e individual. Além disso, as PIC foram identificadas pelos entrevistados como formas de estabelecer a horizontalização dos poderes, em detrimento das relações verticalizadas no processo de trabalho das equipes, que é uma das maiores barreiras da interprofissionalidade. A vivência de maior equilíbrio nas relações de poder favoreceu a comunicação, a tomada de decisões compartilhadas, a escuta atenta e respeitosa e uma dinâmica permanente de aprender com o outro, sobre o outro e para o outro.⁴

No entanto, os coordenadores de serviços de saúde da APS também identificaram um conjunto de aspectos negativos da oferta de PIC para as equipes de saúde. De seus discursos, emergiram as seguintes categorias:

'conflitos com outras atividades da equipe', no sentido de que as PIC gerariam tensionamentos para a realização das demais atividades, como observa-se no trecho abaixo:

a única questão é assim, que como elas [funcionárias] estão alocadas no centro de saúde, elas têm inúmeras atribuições né, então a gente só tem que casar com todas as atividades

que elas têm que fazer também, para que elas mantenham o grupo, que a gente avalia como superimportante, mas não deixem de fazer outras funções que também são importantes, né? (245).

‘sobrecarga de trabalho dos profissionais que conduzem as PIC’, uma vez que há pouco recurso humano e de estrutura para a realização das atividades básicas do processo de trabalho dos profissionais. Afirmou um dos coordenadores que:

Pra equipe, olha, o negativo que eu vejo é que a gente tem pouco recurso para dar conta do trabalho e saindo pessoas para fazer uma coisa fora, eles tomam isto como negativo. Por exemplo, eu estou aqui no curativo, tenho 15 pacientes para atender de manhã, e quem está escalado comigo sai duas horas da unidade para fazer este grupo fora. Quando a gente está com um recurso humano bem compatível eu vejo que não tem tanto conflito, entendeu? É a única coisa que eu vejo de negativo. (281).

‘atividade não prioritária na rotina de atendimento’ da equipe no serviço, como exposto na fala abaixo:

Às vezes eu acho que a maior dificuldade que a gente tem hoje é que com o número pequeno de profissionais que a gente tem, a falta de RH, muitas vezes a gente acaba redirecionando o tempo, a carga horária destes profissionais para as atividades que são a demanda principal da unidade, e aí as Práticas acabam não sendo priorizadas, neste contexto... por causa das dificuldades que a gente tem de liberar... (272).

Estes três aspectos negativos são importantes para sinalizar conflitos de baixo reconhecimento e visibilidade nas relações internas das equipes de saúde. Na medida em que um profissional da equipe se interessar por alguma PIC e fizer o investimento de formar-se para ofertá-la no serviço, terá que negociar algumas horas com os outros profissionais da equipe. Todo esse processo deveria fazer parte do trabalho da equipe, no entanto, como narraram os coordenadores, a oferta desse tipo de prática na APS não apenas gera conflito e sobrecarga aos profissionais da equipe, como também não faz parte das ‘atividades que são a demanda principal da unidade’.

De outra maneira, é possível afirmar, a partir de um exercício de generalização analítica posicionado nas PIC e que alcança muitas outras práticas no campo da saúde, que o profissional de uma equipe que se interesse por alguma prática de cuidado não protocolar e hegemônica do campo da saúde, ou que busque inovar a organização do trabalho nos serviços da APS, sofrerá diferentes formas de constrangimento pelos outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional.

Pode ser que a ação inovadora do profissional seja a expressão de uma formação especializada e orientada pelo modelo biomédico hegemônico, majoritariamente apoiado na lógica assistencialista e fragmentária, que dificulta trabalho em equipe. Todavia, pode ser, também, que o interesse de um profissional pelo 'novo' seja a expressão genuína do desejo de romper com a inércia institucional e construir um modelo de cuidado, não apenas integral, mas também emancipatório. Pode ser, ainda, que o interesse por introduzir novas práticas na equipe seja uma mistura entre individualismo e compromisso com o cuidado da população na APS. Entretanto, qualquer que seja a motivação do profissional, sua ação resultará em possíveis conflitos interprofissionais com os outros membros da equipe. Nessas tensões, estarão operando as relações de poder corporativas e estruturais do campo da saúde, as quais podem ser condicionantes da construção social e manutenção de assimetrias no trabalho das equipes de saúde.

No discurso de um coordenador, bastante semelhante ao de muitos outros entrevistados, observa-se a expressão desse complexo de relações de poder corporativo e estrutural nas equipes da APS em torno do não reconhecimento das PIC pelos profissionais não envolvidos com elas. Em suas palavras:

Eu acho que ainda não tem uma percepção definida pelos profissionais, pra complementar o modelo de 'consultação'. Pra mim é evidente isso [...] eu acho que pra equipe como um todo, mesmo envolvendo o profissional médico, ainda não caiu a ficha. Eu acho que a gente tem ainda pouco investimento nesta coisa de definir que é um modelo importante, uma opção importante para os profissionais e para o usuário, ainda tá... pouco investido. (entrevistado 240).

Claramente, mas de forma não linear, é possível ver expressas nesse discurso as relações hierarquizadas que permeiam o trabalho das equipes. Elas estão condicionadas, como vimos, à forma de organização do trabalho e, muitas vezes, também à hegemonia do poder técnico e político de uma categoria profissional. A assimetria dessas relações estabelece hierarquias, verticalizações e preconceitos, nas relações dos trabalhadores das equipes, podendo operar como obstáculo para o trabalho coletivo se concretizar, tornando-o fragmentado e desconectado.¹⁴

A potência do trabalho interprofissional no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde não se sustenta apenas pelas iniciativas individuais. Nas falas anteriores, está clara a necessidade de maior apoio institucional para o fortalecimento do trabalho integrado e colaborativo, isso porque as normativas institucionais, algumas vezes, legitimam as disparidades de poder e não investem em novos arranjos de trabalho em saúde, que assegurem o efetivo trabalho em equipe. O debate sobre trabalho interprofissional precisa vir acompanhado de um movimento de reconhecimento e valorização de todos os profissionais. Enquanto as relações de poder e as formas de manutenção da desigualdade de poder

não forem enfrentadas nas esferas macro, meso e microsocial, teremos dificuldades de avançar em uma cultura colaborativa.¹⁵

São muitas as implicações da assimetria de poder no interior da APS; e, possivelmente, a mais perversa é a de culpabilização das vítimas do processo. Diferentes eventos produzem a desmotivação dos profissionais para oferecerem as PIC nos serviços de APS, que julgamos ser semelhante a processos de introdução de outras práticas não hegemônicas. Por um lado, há inadequação estrutural das unidades para o desenvolvimento do trabalho com técnicas de cuidado coletivas, como o Lian Gong que é uma das PIC coletiva de origem da Medicina Tradicional Chinesa. Por outro, ocorre a culpabilização dos usuários de *“não se apossarem do grupo da maneira como deveria”* (274), que por extensão poderá atingir o profissional responsável pelo grupo.

Todo esse processo pode ser relacionado, de maneira recorrente, com a introdução de novas práticas no processo de trabalho das equipes da APS. No caso de práticas corporais coletivas, a dificuldade tem início na arquitetura das UBS. Elas foram construídas tomando como referência o modelo de atenção centrado no atendimento clínico, com consultórios pequenos e sem espaços adequados para atividades de grupo. Nas UBS investigadas, quando essas práticas são ofertadas, exige-se improvisação em áreas externas, ou a utilização de outros equipamentos públicos e comunitários no entorno. Como se viu, pesa aos profissionais encarregados pela PIC adequar o espaço para o desenvolvimento da atividade; com isso, o profissional ‘ausenta-se’ do serviço, e o ciclo vicioso nas relações entre os profissionais da equipe é reforçado, com tensionamentos contínuos entre a oferta de PIC em relação à manutenção do funcionamento do atendimento da unidade e o desenvolvimento de PIC em relação às demandas principais dos serviços.

São notórios os relatos sobre a fragilidade da construção do modelo de trabalho interprofissional e as PIC na APS, com seus sentidos positivos e negativos atribuídos pelos coordenadores dos serviços, são um bom analisador das potencialidades e desafios do trabalho das equipes de saúde no SUS. Os resultados da nossa investigação sobre as PIC visibilizaram aspectos pouco considerados nos conflitos interprofissionais da organização e processo de trabalho das equipes, como, por exemplo, a insuficiência de condições estruturais, como falta de materiais, falta de funcionários e os baixos salários.^{16,17} Os diversos tipos de contratos de trabalho, tais como celetista (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), temporários e até indicação político-partidária em alguns casos, manifestam-se como problema para a consolidação do trabalho interprofissional. Tal situação gera instabilidades, dificultando efetivamente a criação de vínculo do profissional com o serviço, com a equipe e com a população atendida,

enfraquecendo a lógica da interprofissionalidade na dinâmica do trabalho em saúde, em razão da alta rotatividade de seus membros, interferindo principalmente na identidade de equipe. A forma de contrato de trabalho interfere diretamente nos serviços prestados¹⁸, e as questões de remuneração econômica desigual para os profissionais das equipes são marcadores de profundas desigualdades.¹⁹

Com as PIC na APS, observou-se a assimetria de poder interprofissional, quase sempre estabelecida e mantida pelas relações corporativas, estrutura estatal e hierarquias sociais, que garantem privilégios econômicos e contratuais a determinadas categorias profissionais. As relações hierarquizadas decorrentes dessa forma de organização do trabalho atravessam as equipes e, muitas vezes, dão-se como obstáculo para o trabalho coletivo.¹⁶

Há o predomínio da hegemonia do poder técnico e político dos profissionais médicos, que entram em conflito com outros profissionais de nível universitário e médio. O trabalho acaba sendo feito de forma fragmentada e desconectada da finalidade de seu objetivo final: o cuidado integral das pessoas e suas necessidades. Para os médicos, regularmente, a equipe se resume à equipe médica, e a execução do trabalho interprofissional é dificultada pela falta de espaço dos 'não médicos' para o exercício autônomo de suas funções.²⁰ Nesse sentido, é importante ressaltar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica das relações de poder médico-centrada. Por isso, as relações de poder no processo de trabalho interprofissional devem ser problematizadas como condição fundamental para o efetivo trabalho de colaboração das equipes multiprofissionais. Sobretudo, porque elas condicionam os diferentes estilos de gestão das equipes de saúde e a organização da integralidade do cuidado.²¹

Apesar das dificuldades evidenciadas, é preciso destacar os avanços que a composição de equipes multiprofissionais traz para a realidade dos serviços de APS. A proposta da ESF desenvolveu benefícios notáveis no trabalho em equipe com a corresponsabilização dos serviços, cogestão dos problemas e a superação da inércia e indiferença burocrática, que muitas vezes se apresentam como um entrave para o desenvolvimento do SUS. Com a perspectiva da ESF na APS, aconteceu, então, a recomposição de processos de trabalhos e a formação de conexões e interfaces entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades.^{20,21} Um outro avanço importante foi a construção da alteridade entre os profissionais, ou seja, o reconhecimento e o respeito ao outro como um estímulo ao trabalho partilhado, que são, muitas vezes, invisíveis e não quantificáveis em termos de indicadores.¹⁶

O desafio para as equipes multiprofissionais, no entanto, é de estabelecer fluxos de comunicação interpessoais que possibilitem a discussão dos problemas cotidianos, com liberda-

de para todos participarem das decisões. As atitudes de respeito, linguagem comum, disposição para aprender, corresponsabilização e união fazem parte dos desafios comunicacionais das equipes.²² O trabalho realizado de forma conjunta e articulada exige comunicação fluida e permanente, sendo, inclusive, a condição para que as equipes de saúde ampliem sua capacidade de cuidado e de resolução integral dos problemas de saúde.²³

A presença das PIC na APS mostrou a potencialidade de articular desafios cotidianos das equipes multiprofissionais com o desenvolvimento de trabalhos prazerosos para os profissionais e para as populações atendidas. Este aspecto aponta para o fortalecimento do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas, situando a comunidade e os usuários na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde.

Conclusões

A experiência de trabalho interprofissional nos serviços de saúde na APS apresenta-se, em princípio, como fácil de ser operacionalizada, porém, desenvolver a colaboração e a integração entre diversos núcleos de saberes e práticas é constantemente um desafio posto para os profissionais de saúde.

Fazem-se necessárias certas alterações da dinâmica do trabalho em saúde e nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Há que se identificar nas equipes os elementos que configuram uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.²⁰ Garantir que os profissionais estejam alinhados com a lógica de cuidado integral exige um esforço para além de suas formações acadêmicas básicas, sendo necessário o desenvolvimento de competências colaborativas para a superação de um labor individual e hierarquizado no interior dos serviços. Tais mudanças não se dão de maneira rápida, pois os profissionais que compõem as equipes foram formados em uma lógica de predomínio do poder do nível superior sobre o nível médio e da categoria médica sobre as demais. Nesse contexto, relações de poder hierarquizadas, estabelecidas entre os profissionais, configuram elementos que fortalecem a situação de assimetria de algumas profissões sobre outras, garantindo posições desiguais na equipe e nos serviços de saúde.

A mudança do paradigma que reforça a formação orientada para o labor individual, para a superespecialização e para as relações hierarquizadas exige diversas ações e posicionamentos dos próprios profissionais no nível macro, meso e microsocial.²⁴ Trabalhar em equipe demanda relações efetivas, com ênfase na comunicação, compartilhamento, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes. Depreende-se, assim, a necessidade de constantes investimentos nas relações entre os membros da equipe, oportunizados pela oferta das PIC nos serviços.

Existem experiências positivas e negativas na organização do processo de trabalho de equipe interprofissional em saúde no Brasil. Oportunidades e entraves são observados em vários aspectos; e, neste artigo, foram problematizados por meio da análise das PIC nos serviços de APS dos municípios da RMC/SP. A partir desse evento, observamos que o cuidado realizado pelas equipes não tem sido desenvolvido em todo o seu potencial e que o contexto atual de significativas perdas no SUS pode dificultar ainda mais o desenvolvimento da lógica interprofissional e colaborativa.

Referências

1. Goldman J, Zwarentein M, Bhattacharyya O, et al. Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. *J. Contin. Educ. Health. Prof.* [internet]. 2009 [acesso em 2018 out 9]; 29(3):151-156. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728378>.
2. D'amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J. Interprof. Care.* London. 2005 jul 19(sup1):116-131.
3. Agreli HF, Peuzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Inter. Com. Saúde. Edu.* São Paulo 2017 maio 20(59):905-916.
4. Barr H, Koppel I, Reeves S, et al. *Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. Promoting Partnership for Health.* London: Caipe, 2008.
5. Proch R. From silos to synergy: interprofessional education initiatives find warm welcome at Hopkins. *Johns Hopkins Nursing.* 2012; 10(1):33-35. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <https://magazine.nursing.jhu.edu/2012/04/from-silos-to-synergy/>.
6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública.* São Paulo 2001 fev; 35(1):103-109.
7. Telasai Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* São Paulo 2016 abr; 30(86):99-112.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. PNPI-C-SUS. Brasília DF, Ministério da Saúde; 2006.
9. Galhardi WMP, Barros NF, Leite-Mor, et al. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 out 9]; 18(1):213-220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000100022&script=sci_abstract&tlng=pt.
10. Contatore OA, Barros NF, Durval MR, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* Rio de Janeiro. 2015 out; 20(10):3263- 3273.
11. Sousa LA, Barros NF, Pigari JO, et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde: uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. *Ciênc Saúde Colet.* Rio de Janeiro. 2017 jan; 22(1):301-310.

12. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debat.* Rio de Janeiro. 2017 set; 41(spe3):171-187.
13. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro. 2012; 17(3):621-626.
14. Barros NF, Fiuza AR. Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2018 ago 9]; 30(11):2368-2376. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010211X2014001202368&script=sci_arttext&tlng=en.
15. Paradis E Whitehead CR. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles 1954–2013. *Medical Education.* Rockville. 2017 abr; 49(4):399-407.
16. Reis CR, Andrade SMO. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. *Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro.* 2008 mar; 12(1):50-56.
17. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Ribeirão Preto. 2010 jul-ago; 18(4):763-769.
18. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo. 2010; 44(4):956-961.
19. Moretti-Pires RO, Campos DA. Equipe multiprofissional em Saúde da Família: do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro. 2010; 34(3):379-389.
20. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde colet.* Rio de Janeiro. 2007; 12(2):455-464.
21. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo. 2006 40(4), 727-733.
22. Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva, RF, et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo. 2011; 45(4):905-911.
23. Pereira RCA, Rivera FJU, Artamann E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu).* Botucatu. 2013; 17(45):327-340.
24. Aoandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *J. Interprof. Care.* London. 2005; 19:39-48.



10

Fitoterapia no Brejo da Madre de Deus: a atuação do conselho municipal de saúde

Fernanda Elizabeth Sena Barbosa
Islândia Carvalho Sousa
Maria Beatriz Guimarães
Renê Duarte
Camila Pimentel

Introdução¹

O objetivo deste estudo consiste em analisar a atuação do Conselho Municipal de Saúde na implementação do programa de fitoterapia e plantas medicinais no município de Brejo da Madre de Deus (PE).

O uso de plantas para o tratamento de doenças é uma prática que acompanha diversas civilizações, estando esse conhecimento milenar presente nos dias de hoje, mesmo com toda evolução tecnológica e descobertas científicas. Práticas primitivas de buscar na natureza a cura de doenças proporcionam o resgate do saber popular, valorizando a medicina tradicional, baseada na crença e transmitida por várias gerações (ELDIN, 2001).

O fácil acesso às plantas medicinais associado a obstáculos estruturantes do SUS, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, exames e medicamentos alopáticos, facilitam e favorecem, mesmo que indiretamente, a tradição do uso de plantas medicinais (OLIVEIRA, 2012).

A fitoterapia faz parte da rede municipal de saúde de diversos estados e municípios brasileiros há décadas, como é o caso do município do Brejo da Madre de Deus (PE) que foi um dos pioneiros ao implantar a Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto (LAFIAMP), em 1997, (SECRETARIA DE SAÚDE DO BREJO DA MADRE DE DEUS, 2012) com o objetivo de unir a sabedoria popular ao cuidado em saúde, através da distribuição de medicamentos à base de plantas medicinais nativas, utilizadas pela população da região. Anos mais tarde, em 2006, a fitoterapia teve seu reconhecimento legal pelo Ministério da Saúde, por meio da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF). Como etapa do percurso metodológico para formulação de ambas as políticas, foi necessária avaliação e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Os Conselhos de Saúde existem nas três esferas de governo e são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes. Constituem espaços de atuação onde os representantes da sociedade civil intervêm no processo de decisão e da gestão das políticas públicas, junto aos demais segmentos, atuando inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013).

Por meio da participação popular pretende-se eliminar qualquer forma autoritária e verti-

¹ Este estudo é resultado da monografia apresentada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ-PE) e faz parte de um projeto maior submetido e aprovado pelo Edital MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit N° 07/2013 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde intitulado: "Avaliação dos serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS em todo o Brasil e a efetividade dos serviços de plantas medicinais e Medicina Tradicional Chinesa/práticas corporais para doenças crônicas em estudos de caso no Nordeste". O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPq AM/FIOCRUZ-PE) e aprovado sob o número 889.001.

cal da gestão pública das políticas de saúde, garantindo que a execução das ações e serviços de saúde atendam às necessidades da população. Legitimar o espaço da participação social é instituir transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados, porém este processo, em permanente construção, requer da comunidade mobilização e organização na defesa de seus direitos (NUNES *et al*, 2009).

Diante disto, o presente estudo pretende elucidar a atuação do Conselho Municipal de Saúde do Brejo da Madre de Deus na inserção do referido programa que conseguiu espaço na agenda de saúde do município, mesmo sem orientação federal no momento da implantação.

Metodologia

1. Caracterização do Município

O município do Brejo da Madre de Deus tem extensão de 762 km², localizado no agreste pernambucano, distante aproximadamente 200 km do Recife. Possui população de 50.138 habitantes (IBGE, 2018) e pertence a IV Gerência Regional de Saúde (GERES) que tem sede em Caruaru. Sua rede assistencial é composta por 13 Unidades de Saúde da Família, 1 PACS, 1 NASF tipo 1, 2 pólos do Programa Academia da Cidade, 2 policlínicas, 2 centros de fisioterapia, 2 centros de especialidades odontológicas (CEO), 1 laboratório de análises clínicas, 1 hospital, 2 SAMU, 1 UPA e a Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto (FAVIAMP) (DATASUS - CNES, 2018).

1.1 Caracterização da Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto (FAVIAMP)

A Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto (FAVIAMP) foi fundada em 01 de agosto de 1997 com o nome de Laboratório Municipal Alípio Magalhães Porto -LAFIAMP (SECRETARIA DE SAÚDE DO BREJO DA MADRE DE DEUS, 2012). A mudança no nome ocorreu devido à Portaria 886/10 (BRASIL, 2010) que instituiu a Farmácia Viva no âmbito do SUS. O então LAFIAMP passou a se chamar Farmácia Viva Alípio Magalhães Porto (FAVIAMP), constando nos dados do CNES como a única farmácia cadastrada do município e executando atividades previstas na referida portaria (DATASUS - CNES, 2018).

São produzidos 26 fitoterápicos (seis xaropes; dez emplastros; cinco pomadas; dois sabonetes; e um xampu composto) (RIBEIRO, 2015) com produção anual estimada em 13.210 unidades. A maior parte do cultivo é realizada no horto municipal de plantas medicinais e o quadro funcional é composto por uma farmacêutica, dois auxiliares de produção e um auxiliar

de técnico agrícola. Os fitoterápicos são dispensados nas USF, policlínicas, hospital e farmácia básica central (SECRETARIA DE SAÚDE DO BREJO DA MADRE DE DEUS, 2012).

2. Tipo do estudo

Trata-se de uma análise documental onde foram analisadas atas de reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do Brejo da Madre de Deus. O marco temporal da pesquisa documental foi de 1995 a 2014. Optou-se por este recorte com objetivo de analisar se houve discussão prévia junto ao conselho sobre o processo de implantação da FAVIAMP inaugurado em 1997, encerrando a pesquisa com dados encontrados no ano de 2014.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015, porém, anterior à coleta, o percurso metodológico obedeceu às seguintes etapas: (1) visita ao campo com identificação do local de coleta (2) apresentação do projeto de pesquisa aos gestores e profissionais do FAVIAMP; (3) apresentação do projeto ao Conselho Municipal de Saúde do município.

Para análise documental utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Moraes (1999), que objetiva descrever e interpretar o conteúdo de documentos, de modo a compreender o significado das mensagens em um nível mais profundo do que uma mera leitura comum.

A coleta dos dados foi realizada por meio da minuciosa leitura das atas do Conselho Municipal de Saúde, onde foram selecionados registros que continham as seguintes palavras-chave: fitoterapia, plantas medicinais, fitoterápicos. As atas de 1995 a 2007 estavam disponíveis em um livro-ata com registros redigidos a próprio punho, o que dificultou a identificação das informações devido a caligrafia na escrita das atas. A partir de 2008 o registro foi informatizado em arquivos no Microsoft Word, mas algumas atas de 2008 não foram encontradas, não sendo possível realizar a coleta deste ano. As atas que continham menção ao tema e não estavam digitalizadas foram fotografadas.

A seleção e organização dos documentos ocorreram após leituras sucessivas e sistemáticas das atas, nas quais se procurou identificar registros que caracterizassem a participação do conselho no desenvolvimento da política de fitoterápicos e plantas medicinais. Após a identificação destes trechos de interesse foi organizada uma planilha no Microsoft Excel, onde os parágrafos foram transcritos sendo classificados em unidades de análise de acordo com a data. Após a leitura minuciosa dos registros, os dados foram classificados de acordo com as categorias que emergiram, sendo elaborada uma categorização *a posteriori*.

Com base no objetivo do estudo que consistiu em analisar a atuação do CMS na implementação da política de plantas medicinais e fitoterápicos no Brejo da Madre de Deus, quatro categorias emergiram a partir da leitura das atas, sendo elas: implantação, acompanhamento,

divulgação da política e implementação. A autoria de cada trecho encontrado nas atas foi classificada de acordo com o segmento, no qual cada indivíduo pertence no Conselho de Saúde e a numeração corresponde à ordem de aparição nas atas, por exemplo: gestor 1, trabalhador 1, usuário 3. Há trechos onde não houve menção à autoria do registro.

Resultados e discussão

Das 231 atas analisadas, houve citação sobre a temática estudada em 30, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das atas analisadas do Conselho Municipal de Saúde do Brejo da Madre de Deus.

Ano	Nº de Atas	Ano	Nº de Atas
1995	1	2005	2
1996	0	2006	1
1997	1	2007	0
1998	4	2008	*
1999	2	2009	0
2000	1	2010	3
2001	1	2011	2
2002	0	2012	2
2003	2	2013	4
2004	1	2014	3
Total	30		

*Não foi possível coletar dados deste período

Implantação do Programa de Fitoterapia

Nesta categoria, observou-se que a discussão para implantação do laboratório de fitoterapia no Brejo da Madre de Deus iniciou no fim de 1995, na perspectiva de ampliar a rede em saúde do município e contou com a participação do Conselho Municipal de Saúde,

"(...) Passou-se a leitura do pacto de cumprimento das metas quanto a estrutura organizacional, ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, implantar o Programa de Saúde da Família, implantar o programa de fitoterapia, implementar os programas de assistência à saúde da mulher e da criança, implementar os programas de assistência à saúde com ênfase nas ações preventivas e educativas e implementar o sistema de

notificação. (...) E foi aprovado por unanimidade por todos os presentes (...)" (05/12/95)

De acordo com a Resolução 453/12 que aprova as diretrizes acerca da atuação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, compete ao conselho atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros, entre outras atribuições. Desta forma, o Conselho de Saúde é um espaço privilegiado de proposição de estratégias que retratam os anseios e as necessidades da população, no que tange a implantação de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2012).

No que se refere à atuação do conselho no processo de implantação da fitoterapia no Brejo da Madre de Deus, foram apresentadas propostas de implantação de diversos programas na reunião supracitada, sem haver registro de um aprofundamento teórico-político sobre as implicações da implantação da fitoterapia no município. Não foram pontuados quais seriam os benefícios da incorporação do programa na rede de saúde, como seria desenvolvido o serviço e de que forma, em termos financeiros, sua permanência no sistema de saúde seria garantida.

Este cenário de apatia dos Conselhos de Saúde foi corroborado em outras pesquisas. Ao analisar as atas de reunião do CMS sobre a formulação da política de Práticas Integrativas e Complementares do Recife, Santos et al (2011a) identificaram apenas uma ata em que houve menção à política de Práticas Integrativas e Complementares no município, e de maneira superficial e pontual.

Outro estudo que corrobora com essas descobertas foi realizado com municípios do Amazonas sobre a implantação do Programa Telessaúde na atenção à saúde indígena. Não houve menção da participação dos Conselhos de Saúde Indígenas no planejamento da implantação do programa. Este distanciamento do Conselho de Saúde, bem como da sua verticalidade nos processos decisórios, fez com que o programa apresentasse diversas dificuldades de implantação (TAVEIRA et al, 2014).

Após a reunião de 1995, a fitoterapia voltou a figurar nas reuniões do Conselho de Saúde em setembro de 1997, onde foi informada a inauguração do laboratório de fitoterapia em 01/08/97, sem maiores explicações a respeito do local escolhido, profissionais alocados, entre outros questionamentos. Nesta mesma reunião, foi citada em ata a existência de um convênio entre a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a Prefeitura do Brejo da Madre de Deus e a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA). Esta cooperação técnica firmada em 1995, com os órgãos citados anteriormente e a Secretaria de Saúde de Pernambuco, desenvolveu no Brejo da Madre de Deus atividades interdisciplinares do "Projeto de Saúde

Pública no Nordeste do Brasil: a experiência de Pernambuco”, com o objetivo de apoiar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (NUSP, 2004).

Nesta mesma reunião de 1997, o Gestor 1 informou a doação de parte dos equipamentos, feita pela agência japonesa, utilizada para a infraestrutura do laboratório de fitoterapia:

“(...) falou em seguida sobre a recente visita da missão japonesa ao Brejo, em 28/08/97, esclarecendo aos presentes que o convênio existente entre UFPE/JICA/Prefeitura representa uma forma de conhecimentos técnicos e aporte de apoio financeiro sob a forma especial de doação de equipamentos para a saúde. Informou da recente inauguração do laboratório de fitoterapia”. (04/09/97) [Gestor 1]

Em reunião realizada em junho de 1998, o conselho foi informado por representante da gestão sobre o projeto piloto de fitoterapia,

“(...) o nosso município terá o projeto piloto de fitoterapia a nível de Nordeste, em virtude do sucesso e aceitação dos medicamentos (...)”. (18/06/98) [Gestor 1]

Todavia não houve registro se o projeto estava associado ao laboratório já implantado, quais seriam os benefícios para a população, nem a data de início do projeto piloto. Este projeto foi mencionado apenas nesta reunião, não houve discussão posterior sobre o projeto, nem se tem conhecimento, por meio dos registros analisados, se de fato houve a implantação.

Esta situação demonstra a frágil atuação do conselho no processo de implantação do programa de fitoterapia, restringindo sua participação apenas ao momento de aprovação do termo de compromisso, necessário para a implantação do laboratório. O conselho recebeu informações prontas, somente para constar em ata e legitimá-las. Por haver a cooperação internacional com o JICA e a UFPE, onde um projeto maior estava sendo executado no município, as decisões para a implantação do laboratório de fitoterapia não aconteceram de forma horizontal e dialogada, reflete uma decisão verticalizada. Sua atuação serviu para legitimar decisões definidas, *a priori*, pela gestão, sem haver discussão junto ao conselho. Tais situações foram encontradas em estudos realizados em outros Conselhos de Saúde (GERSCHMAN, 2004; BISPO JÚNIOR & SAMPAIO, 2008).

Acompanhamento do Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

As atividades de acompanhamento do Programa de Fitoterapia e Plantas Medicinais pelo CMS do Brejo da Madre de Deus restringiram-se a fatos pontuais, sem o estabelecimento de

ações periódicas e contínuas para o acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas.

O primeiro registro do quantitativo da produção do laboratório data de maio de 1998, onde o conselho já alertava para a baixa produção de fitoterápicos, insuficiente para cobrir a população do Brejo da Madre de Deus assistida pelas Unidades de Saúde,

"(...) a produção ainda é pequena em virtude da quantidade de matéria-prima que está sendo explorada apenas em duas pequenas hortas, tendo uma produção mensal de 1.359 produtos, os quais são distribuídos nos postos de saúde. Fica sem saldo para atender a demanda (...)". (07/05/98) [Gestor 1]

A segunda menção sobre a produção aconteceu 12 anos depois, em novembro de 2010, porém desta vez não foi levantada a discussão sobre a suficiência do que foi produzido em relação à demanda dos usuários e ao que é dispensado para as Unidades de Saúde, nem houve registro a qual período se referia a produção informada,

"(...) A fitoterapia produziu três mil duzentas e setenta e oito (3.278) unidades de lambedor, duas mil quatrocentas e dezesseis (2.416) unidades de alcoolatura, novecentas e cinquenta (950) unidades de pomada e oitenta e duas (82) unidades de sabonete (...)". (25/11/10) [sem autoria registrada]

Cabe ao Conselho de Saúde acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2012). De todo o período analisado, em apenas duas reuniões houve registro da produção de fitoterápicos, de maneira incipiente e pontual. Mesmo com as recomendações da Resolução 453/12, o acompanhamento do programa de fitoterapia, bem como da sua produção, dispensação e acesso à população aos fitoterápicos produzidos não é uma atividade presente nas ações do conselho do Brejo da Madre de Deus. Por não haver acompanhamento periódico da produção, torna-se inviável identificar aumento ou queda na produção, impossibilitando também possíveis inferências de causas nesta variação.

Este valor bruto da produção, sem detalhamentos e meios de comparação, dificulta inclusive possíveis reivindicações de melhoria nas condições de trabalho em relação a insumos, matéria-prima e até mesmo na estrutura física, já que não há outros dados que sirvam de referência e justifiquem uma possível ampliação no serviço de fitoterapia. Novamente, ressalta-se a baixa participação do conselho. Por se tratar de uma iniciativa pioneira no Estado, o acompanhamento da produção é imprescindível para subsidiar debates

na tentativa de expansão do laboratório, de modo a pressionar a gestão por melhorias e ampliação do serviço.

Na tentativa de institucionalização legal da fitoterapia no Brejo da Madre de Deus, em reunião realizada em 2003, o Trabalhador 1 propôs a municipalização do laboratório de fitoterapia como política pública, o que garantiria por meios jurídico-legais a consolidação do serviço, além de garantir o repasse financeiro exclusivamente para esta área:

"(...) solicitou ao conselho que seja enviado projeto à câmara municipal para legalização, ou seja, municipalização do laboratório como política pública do município(...)". (06/08/03) [Trabalhador 1]

Porém, o conselho não conseguiu avançar a discussão. Oito anos depois, em 2011, houve nova solicitação da criação de um projeto para a implantação da fitoterapia como política pública do município feita pelo mesmo trabalhador. No entanto, o conselheiro representante do segmento usuário alegou falta de conhecimento na temática:

"(...) sobre o projeto para implantação da fitoterapia na política pública do município [Usuário 2] falou que não tem conhecimento de como proceder e pediu ao [Trabalhador 1] que explicasse o procedimento a seguir para fazer esse projeto, o mesmo falou que participa de uma associação de manipuladores de remédios fitoterápicos tradicional semiartesanal de Pernambuco (...) e que poderia vir alguns membros dessa associação para explicar como implantar a política de plantas medicinais da farmácia viva no município (...)". (06/04/11)

Por se tratar de uma prática integrativa que até 2006 não possuía regulamentação no âmbito federal, a falta de conhecimento por parte dos conselheiros pode ter sido um fator de impedimento, tanto no desenvolvimento de ações no acompanhamento da produção, como na criação de uma política municipal, já que é atribuição do Conselho Municipal de Saúde propor e instituir, junto à gestão, políticas que visem à melhoria de saúde do município. Esta dificuldade foi encontrada por Santos et al (2011) durante a pesquisa sobre participação dos atores na evolução das políticas de Práticas Integrativas e Complementares no Recife.

O ator que iniciou esta discussão, em 2003, é o mesmo que retoma esta pauta de criação da política em 2011: o trabalhador 1. O FAVIAMP foi inaugurado em 1997 impulsionado por um desejo político de gestores, devido ao convênio firmado entre a gestão municipal e atores externos. Nessa fase de implantação não houve a prerrogativa de atrelar a implantação com

uma normativa municipal. Anos depois é o segmento trabalhador, representado pelo mesmo ator, que traz essa pauta mais uma vez ao conselho, o que demonstra o esforço de um mesmo ator em manter e consolidar o programa.

Na reunião de 1999, foram apresentados dados referentes à redução do internamento hospitalar no município e a fitoterapia foi citada dentre as estratégias para redução deste indicador, demonstrando a boa aceitação da fitoterapia:

"(...) colocou a redução de internamento hospitalar que vem ocorrendo no hospital local nos últimos 04 (quatro) anos na seguinte sequência: 3.379 -> 3.016 -> 2.616 -> 2.015, assim como de morbidade. (...)Enfocou-se que a doença prevalente é broncopneumonia e enteroinfecção, sendo preocupação da secretaria usar a água sanitária, e quanto a broncopneumonia os aspectos preventivos de alimentação, não exposição a chuva, corrente de ar, uso de medicação fitoterápica para tosses, prevenção de problemas maiores com tratamento das gripes, etc....". (04/11/99)
[Gestor 1]

Porém é importante problematizar, de que forma a fitoterapia está sendo utilizada no Brejo da Madre de Deus. Ao indicar fitoterápicos para tosse seguindo a mesma lógica de usar analgésicos para dor, reflete uma "alopatiação" da fitoterapia, uma visão utilitarista em que a fitoterapia figura como um recurso terapêutico disponível pela biomedicina no combate a doenças. No entanto, não é objetivo deste estudo aprofundar esta relação da fitoterapia com a biomedicina. As poucas informações disponíveis não permitem correlacionar esta interação da fitoterapia dentro do sistema de saúde biomédico, mas ressalta-se a importância de aprofundar esta temática em estudos futuros.

Divulgação do Programa de Fitoterapia

Outra categoria elencada para agrupar as informações contidas nas atas analisadas foi a divulgação do programa. Esta categoria foi criada devido ao grande registro referente às diversas participações da fitoterapia em feiras, encontros e conferências, onde muitos desses eventos eram intersetoriais, fato que demonstra a importância e o reconhecimento do serviço de fitoterapia frente aos demais setores. Entretanto, este contato intersetorial da fitoterapia do Brejo da Madre de Deus ocorreu de modo pontual, restringindo-se a participações em eventos, sem haver registros de uma relação sistemática e integrada das ações.

Em diversas reuniões os conselheiros enfatizaram a importância do pioneirismo do serviço por ser um dos poucos laboratórios existentes em âmbito regional, estadual e nacional. Fato

evidenciado na reunião de setembro de 1998, quando o município foi convidado a participar do 1º Encontro de Fitoterapia realizado em Recife, com exposição de amostras de remédios e mementos, sendo a produção do Brejo da Madre de Deus comparado com outros municípios,

“Enquanto outros municípios produzem em média 06 (seis) medicamentos, Brejo produz 23 (vinte e três). Brejo também está em situação privilegiada com relação a laboratório. Em Pernambuco há apenas 04 (quatro), sendo 01 (um) em Recife, 01 (um) em Olinda, 01 (um) em Caruaru e 01 (um) em Brejo. O restante dos municípios presentes possuía apenas oficina fitoterápica (...)”.
(10/09/98) [Gestor 1]

De acordo com os registros desta reunião, havia quatro laboratórios de fitoterapia no estado de Pernambuco, o que retrata um bom cenário estadual para a fitoterapia diante da conjuntura do país em relação à regulamentação jurídico-legal das Práticas Integrativas e Complementares, especificamente, à fitoterapia. É importante ressaltar que nesta época, em 1998, não havia legislação estadual ou nacional que incentivasse a implantação, nem no âmbito jurídico-legal, nem no financeiro.

Durante a I Conferência Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, foi ressaltada a importância da fitoterapia para o município e o estado. Os gastos municipais com a assistência farmacêutica (onde estão inclusos os gastos com os medicamentos fitoterápicos) chegam a ser cinco vezes maiores que o repasse federal,

“(...) passando a palavra para os conselheiros que foram a I Conferência Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, (...), [Usuário 1] falou que quando os municípios começaram a colocar os problemas é quando se vê que o nosso está na frente e o [gestor 2] informou que o município está gastando em torno de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) a R\$20.000,00 (vinte mil reais) em assistência farmacêutica, recebendo do governo federal R\$3.296,75 (três mil, duzentos e noventa e seis reais e setenta e cinco centavos), oferecendo 76 (setenta e seis) tipos de medicamentos, mais 22 (vinte e dois) itens fitoterápicos. Foi descoberto também que o único laboratório municipal de fitoterapia que funciona no estado de Pernambuco é o Brejo da Madre de Deus”. (06/08/03)

Por se tratar de uma fala do gestor, há ênfase nos valores gastos no componente da assistência farmacêutica, porém nestes 19 anos de análise não houve registro de prestação de contas sobre o que é investido na fitoterapia em comparação ao montante total destinado

à assistência farmacêutica. Cabe ao conselho cobrar da gestão a prestação de contas dos recursos públicos, realizando fiscalização e controle do que é gasto, ter conhecimento sobre a movimentação do Fundo Municipal de Saúde, de quanto é repassado pelos demais entes federativos e de que forma esses recursos são alocados (BRASIL, 2012).

Outra informação importante desta reunião é o fato de que, em 2003, Brejo da Madre de Deus foi o único município de Pernambuco com laboratório de fitoterapia em funcionamento, sendo que em 1998 o estado contava com mais três laboratórios, inclusive na capital. Isso reforça a importância do serviço que, mesmo sendo um município de menor porte, localizado no agreste pernambucano, ainda conseguiu manter um serviço único no estado.

A divulgação da fitoterapia, bem como das ações desenvolvidas, foi enfatizada na reunião de 2010,

“O conselheiro solicitou que seja colocado no site do município as informações da fitoterapia”. (07/07/10)

É atribuição inerente do Conselho de Saúde a divulgação de suas atividades para que a população tenha conhecimento do que foi realizado, favorecendo a gestão democrática participativa. Isto reflete o comprometimento e a responsabilidade por parte do conselho e mostra a efetiva participação social no desenvolvimento das políticas públicas de saúde, fortalecendo a participação da sociedade civil na gestão do SUS (COTTA et al, 2010).

É competência dos Conselhos de Saúde “estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões” (BRASIL, 2012). Em contrapartida, Stralen et al (2006) apontam que a existência de um meio de divulgação não é a única condição necessária para que a sociedade civil tenha conhecimento das ações dos conselhos, mas a precária divulgação é também responsável pelo distanciamento do conselho da população e de suas entidades representativas.

É necessário maior comprometimento e interesse por parte dos conselheiros em informar e integrar os usuários nas atividades realizadas, reconhecendo-o como fundamental neste processo.

Implementação do Programa de Fitoterapia

Para Paese & Aguiar (2012) implementar corresponde à execução das ações planejadas na formulação da política, momento de por em prática o que foi pensado visando atingir me-

tas pré-estabelecidas, sendo esta mais uma atribuição do conselho de saúde. Nesta categoria foram agrupadas medidas adotadas com o objetivo de qualificar o serviço já instituído:

"(...) informou que foi encaminhado (...) o pré-projeto de ampliação e construção do laboratório de fitoterapia no valor de R\$367.234,82 (trezentos e sessenta e sete mil, duzentos e trinta e quatro reais e oitenta e dois centavos), todos previstos para junho(...)". (19/05/04) [Gestor 2]

O gestor informou a construção do laboratório de fitoterapia, no entanto não houve registro da atual situação do laboratório, qual seria o local de construção do novo laboratório, nem maiores detalhes sobre o projeto.

A ampliação do serviço de maneira descentralizada nas Unidades de Saúde foi informada pelo trabalhador 1:

"(...) informa que está sendo feito uma horta para fitoterapia no terreno do Programa de Saúde da Família IV, localizado na Barra do Farias (...)". (07/06/06) [Trabalhador 1]

Com exceção destas duas últimas reuniões, as discussões agrupadas nesta categoria concentraram-se no edital lançado pelo Ministério da Saúde em 2012:

"(...)informou que foi enviada (...) a proposta do projeto de Arranjos Produtivos Locais no âmbito do SUS, conforme a política e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, objetivando apoiar, estruturar, consolidar e fortalecer a assistência farmacêutica e o complexo produtivo em plantas medicinais e fitoterápicos, contribuindo para ações transformadoras no contexto da saúde ambiental e condições de vida(...)". (06/06/12) [Trabalhador 1]

No mês seguinte foi informado ao conselho que a proposta enviada ao Ministério da Saúde foi aprovada,

"(...) informou que a proposta do Projeto de Arranjos Produtivos Locais no âmbito do SUS do nosso município foi aprovado no valor de R\$677.173,60 para ser utilizado na implantação da horta de plantas medicinais como: contratação de pessoal, aquisição de equipamentos e materiais diversos do laboratório municipal (Farmácia Viva); realizar o encontro regional para troca de experiências no cultivo de plantas medicinais e dispensação de fitote-

rápicos, qualificação de profissionais de saúde, desenvolvimento de relatórios e pesquisa. Informou ainda que no Nordeste só foi contemplado o nosso município, de um total de doze municípios no Brasil". (04/07/12) [Trabalhador 1]

Com o recurso disponível de quase R\$ 700.000,00 destinados exclusivamente para a melhoria e aperfeiçoamento do serviço, com financiamento englobando gastos com qualificação profissional e pesquisa, havia grandes chances da fitoterapia no Brejo da Madre de Deus ampliar sua atuação, produção e cobertura, aumentando a visibilidade no estado e no país, porém, alguns entraves dificultaram a utilização do recurso, levando o município a solicitar pela primeira vez a prorrogação na execução do projeto:

"(...) leu o e-mail encaminhado à equipe gestora de Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos onde solicita autorização de prorrogação da execução do projeto e uso do recurso ao Conselho Municipal de Saúde. Colocado em votação, o conselho votou por unanimidade pela prorrogação da execução e uso do recurso do projeto de APL do município até o mês de junho do ano de 2014". (07/11/2013) [Trabalhador 1]

Na reunião de fevereiro de 2014 há indícios de um provável motivo para esta prorrogação,

"(...) ainda falta comprar o terreno para o projeto de Arranjos Produtivos Locais – APL –(...)". (06/02/14) [Trabalhador 1]

Por se tratar de um terreno específico para a construção de hortas medicinais, é provável que as dificuldades para encontrá-lo estivessem de fato inviabilizando o início da execução do projeto, pois grande parte do projeto estava intimamente relacionada à construção de hortas medicinais. As reuniões seguintes em que a fitoterapia foi pautada, o tema em questão foi a discussão sobre a prorrogação do projeto, solicitada pela segunda vez ao Ministério da Saúde:

"(...) leu o e-mail encaminhado pela equipe gestora de Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos onde solicita autorização de prorrogação da execução do projeto e uso do recurso ao Conselho Municipal de Saúde. Colocado em votação, o conselho votou por unanimidade pela prorrogação da execução e uso do recurso do projeto de APL do município por doze meses que vai até o mês de julho do ano de 2015. Informou ainda que a comissão gestora da APL será de 5 membros formada por representantes da Secretaria de Saúde, Secretaria

de Agricultura, Secretaria de Obras e o Conselho de Meio Ambiente". (03/07/2014) [Trabalhador 1]

Até a última ata de 2014 analisada, não havia a previsão de início da execução do projeto:

"O presidente passou a palavra para [Trabalhador 1] que disse que a equipe gestora de fitoterapia do Ministério da Saúde informou que recebeu a resolução do conselho sobre a autorização da prorrogação da execução e uso do recurso do projeto de APL até julho do ano de 2015 e solicitou o envio do plano de trabalho com cronograma e justificativa do atraso e necessidade de prorrogação do projeto". (04/09/14)

A execução do projeto foi prorrogada por duas vezes e não houve registro de maiores problematizações e questionamentos dos conselheiros quanto às dificuldades encontradas para a execução do projeto, além da dificuldade com o terreno; quais as possibilidades de resolução do problema; prazo para resolver a situação, entre outros. Assim como na fase de implantação, novamente ressalta-se a baixa participação do CMS na implementação do programa de fitoterapia. Novamente o conselho recebeu informações prontas, somente para constar em ata e legitimá-las. As atividades desenvolvidas pelo conselho para implementação da fitoterapia nos 19 anos de análise concentraram-se basicamente na aprovação da prorrogação do edital de APL.

Ao analisar a participação do Conselho Municipal de outros municípios na implementação de políticas e programas de saúde, Magalhães & Senna (2006) analisaram o processo de implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Camaragibe, Aracaju e São Gonçalo durante os anos 1990. Os autores observaram que a participação dos CMS ocorreu de forma heterogênea. Em Camaragibe houve uma interação virtuosa entre a participação social e a gestão municipal com a criação de fóruns de discussão e assembleias entre profissionais e população, o que garantiu a participação do CMS em todas as etapas do processo. Em Aracaju foram realizadas conferências preliminares com usuários, profissionais do PSF e gerentes que culminaram com a criação de Conselhos de Saúde locais. Em São Gonçalo a atuação do CMS assemelhou-se à atuação do CMS do Brejo da Madre de Deus, onde a organização da sociedade civil não era tão consolidada com implementação intermediada por projetos do Ministério da Saúde, restando ao CMS aprovar a implantação de Unidades de Saúde sem qualquer restrição importante (MAGALHÃES; SENNA, 2006).

Situação semelhante ao CMS do Brejo da Madre de Deus, que concentrou sua atuação

em aprovar a prorrogação da execução do projeto de APL, restringindo também qualquer possibilidade de mudança e melhoria no cenário da fitoterapia, já que todas as ações de melhoria estavam vinculadas ao projeto.

Participação dos interlocutores nas reuniões do CMS

A partir da análise das atas foram identificados quatro interlocutores com participação na discussão da fitoterapia nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS. Houve menção de fala do Gestor 1 em cinco reuniões, do Gestor 2 em três reuniões, do Trabalhador 1 em nove, do usuário 1 e do usuário 2 em uma reunião cada. É possível que tenha havido sub-registro nesta informação, devido à ausência de autoria nas demais atas, mas mesmo com esta limitação algumas reflexões podem ser observadas sobre a participação dos conselheiros de saúde.

Ao analisar o conteúdo das atas é possível identificar que a construção técnica e política para a implantação do serviço de fitoterapia não aconteceu de forma dialogada e horizontal com o CMS. Em inúmeras atas o Gestor 1 apenas informa ao conselho, sem maiores discussões e detalhamentos, a situação dos convênios firmados para implantação do serviço. Fica claro, pelo que consta nas atas, que é um agente externo o principal responsável pela criação do laboratório. Após a implantação em 1997, a participação dos gestores nas reuniões limita-se a pautas de enaltecimento do serviço de modo pontual, mas sem registro de estratégias que aumentem a capacidade de produção do FAVIAMP, garantam a manutenção ou promovam melhorias no serviço, por exemplo.

O segmento com menor registro de fala foi o usuário. No entanto, Ribeiro (2015) ao analisar o programa de fitoterapia do Brejo da Madre de Deus identificou que o programa foi iniciado com reuniões junto à população para realizar um diagnóstico da situação e produção de cartilha com saberes e práticas populares para amparar a padronização dos fitoterápicos manipulados. Como não houve menção do CMS no estudo de Ribeiro, é provável que a participação desses usuários não aconteceu necessariamente via Conselho Municipal de Saúde.

Mesmo com interesse da população na implantação da fitoterapia e com o conselho composto por 50% de usuários, conforme previsto em legislação, não houve registros de participação efetiva do segmento usuário nas discussões para implantação do programa de fitoterapia no Brejo da Madre de Deus. A falta de conhecimento sobre o tema pode ter sido um dos fatores que resultou no baixo envolvimento do conselho com a temática, fato evidenciado em reunião que um usuário relatou desconhecimento sobre o arcabouço jurídico-legal para criação da política municipal de fitoterapia.

Dificuldades na participação dos usuários também foram identificadas em estudo rea-

lizado com os conselheiros de um município de Santa Catarina. As principais fragilidades apontadas pelos conselheiros foram a desmotivação por parte da comunidade para tomada de decisões coletivas; desconhecimento acerca das atribuições e responsabilidades de um conselho; descrédito junto à comunidade; pouca resolutividade; gestores que não acatam as deliberações do conselho, pré-definindo ou influenciando a pauta das reuniões e/ou deliberações e utilizando o excesso de tecnicismo para dificultar a compreensão por parte dos conselheiros, entre outros. (BUSANA, HEIDEMANN, WENDHAUSEN, 2015).

O segmento com maior participação nas atas analisadas foi o segmento trabalhador. Diferente dos demais em que houve a participação de mais de um interlocutor durante as reuniões, em todas elas com registro o segmento trabalhador sempre teve a participação do mesmo profissional. Todas as intervenções do trabalhador 1 foram pautadas na manutenção e na continuidade do programa, como a criação da normativa municipal que regulamenta o serviço de fisioterapia e as inúmeras tentativas de execução do projeto de APL.

A grande quantidade de intervenções pautadas pelo mesmo trabalhador ressalta o esforço de um único profissional em manter o funcionamento do serviço, mesmo com os inúmeros obstáculos presentes. Os principais problemas do programa de fisioterapia do Brejo da Madre de Deus foram pontuados em estudo realizado por Ribeiro (2015). De acordo com o autor, o FAVIAMP não consegue atender toda a demanda do município por apresentar dificuldades estruturais no laboratório (espaço físico reduzido; falta de mais equipamentos; falta de estufa de secagem), além de dificuldades financeiras, pois o serviço não conta com verba específica e garantida por lei para o programa (dependência de vontade política do executivo municipal para o apoio e repasse de verbas).

Sem a participação e o envolvimento de todos os atores implicados no processo torna-se cada vez mais difícil solucionar os problemas citados, além da manutenção do programa estar mais propensa a instabilidades financeiras e políticas, com risco eminente de extinção, caso não haja uma base político-legal consistente e engajamento político que o sustente. Ao personificar a manutenção e a sobrevivência do serviço na atuação de um único profissional - que por ser do segmento dos trabalhadores não detém a mesma força política de um gestor na decisão das ações - torna-se mais difícil conseguir avanços e melhorias para o serviço. Este cenário corrobora com evidências de que o pioneirismo dos profissionais (NAGAI, QUEIROZ, 2011; SOUSA *et al*, 2012; BRASIL, 2008) é um dos principais fatores para a implantação das PICS no Brasil, ao invés de iniciativas da gestão. Este estudo reforça a necessidade de envolvimento e responsabilidade de todos os atores implicados na execução das políticas públicas de saúde, considerando, em especial, a política de Práticas Integrativas e Complementares.

Considerações finais

No decorrer de dezenove anos de análise, a relevância da fitoterapia foi pauta em diversas reuniões, inclusive sendo uma das justificativas para a melhoria nos indicadores (redução da internação hospitalar), além das inúmeras participações do município em diversos eventos intersetoriais, porém a atuação do Conselho Municipal de Saúde do Brejo da Madre de Deus no desenvolvimento da fitoterapia ocorreu de forma heterogênea, com intervenções pontuais, pouco consolidada, com a maioria das decisões definidas previamente pela gestão, sem a participação do conselho. Somado a isso, foi identificado que o programa de fitoterapia do município é defendido e sustentado por uma única pessoa, o que fragiliza e dificulta a implementação efetiva da política.

Por ser um dos poucos serviços de fitoterapia no estado e no país, esta ressalva de pioneirismo e ineditismo figurou em diversas reuniões, sendo retratado com alegria e orgulho pelos conselheiros ao saber que em meio a dificuldades financeiras e legais surgiu no agreste de Pernambuco um laboratório de fitoterapia, sem apoio financeiro e técnico. Dificuldades essas que permanecem, mesmo após a regulamentação federal.

Na literatura, há poucos estudos sobre a atuação dos Conselhos de Saúde nas Práticas Integrativas e Complementares. Recomenda-se a ampliação de estudos neste tema, a fim de fortalecer a fitoterapia e demais práticas por meio da participação social, fazendo com que a sociedade civil se aproxime das PICS e compreenda seu papel e importância dentro do SUS.

Referências Bibliográficas

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 23(6):403–9, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. **Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde** [Internet]. Brasília; 2012.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 24(2): 442-9, abr./jun. 2015.

COTTA, R. M. M. et al. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2437-2445, 2010.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, jan./mar. 2015.

DATASUS – CNES. **Cadastro Nacional Dos Estabelecimentos De Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> Acessado em 16/05/2018.

ELDIN, S.; DULFORD, A. **A fitoterapia na atenção primária à saúde**. Editora Manole LTDA. 2001.

IBGE. **Censo Demográfico**, 2000. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/brejo-da-madre-de-deus/panorama>. Acessado em: 15/05/2018.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.20, no.6, nov./dez. 2004.

MAGALHAES, R.; SENNA, M. C. M. A implementação do Programa Saúde da Família no ce-

nário local. **Cad. Saúde Pública**, vol.22, n.12, p.2549-2559, 2006.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NUNES, G. M. et al. Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde. In: **Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social**, 3º, Juazeiro/BA-Petrolina/PE, 2009.

NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social/CCS/UFPE. Boletim do Projeto de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. **Boletim Nordeste Saudável**, nº1, julho, 2004. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/39050/632567/boletim_ms_01.pdf/11fe67dc-942b-4334-b404-b59a61024163. Acessado em: 18/05/2018.

OLIVEIRA, S. F.; OLIVEIRA, M. V. Diálogo entre profissionais de saúde e práticas populares de saúde. **Rev APS**, 15(4): 421-434, out. /dez. 2012.

PAESE, C.R; AGUIAR, A.A.G. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 4, n. 6, jan./jul. 2012.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

RIBEIRO, L. H. L. Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS). **Tese (Doutorado em Geografia)**. Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, 2015.

SANTOS, F. A. S.; SOUSA, I. M. C., GURGEL, I. G. D.; BEZERRA, A. F. B.; BARROS, N. F. Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.45, no.6, Dez. 2011.

SECRETARIA DE SAÚDE DO BREJO DA MADRE DE DEUS. **Fitoterapia e o Arranjo Produtivo Local de Brejo da Madre de Deus - PE**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/PDF/2014/maio/12/apresentacao-apl-brejo-madre-deus-2012.pdf>.

STRALEN, C. J. VAN et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):621-632, 2006.

TAVEIRA, Z. Z. et al. Implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(8):1793-1797, agosto 2014.