

AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

The unconventional therapeutic practices in health care: integrative review

Perola Liciane Baptista Cruz¹, Sueli Fátima Sampaio²

RESUMO

Introdução: Baseando-se nas propostas de mudança no modelo de cuidado à saúde, tem-se fortalecido o uso de práticas integrativas, sendo a atenção primária o principal foco das ações de forma global. Objetivou-se revisar a literatura indexada em bases de dados, no período de 2006 a 2012. **Metodologia:** A revisão integrativa de literatura possibilita a síntese do estado de conhecimento de um tema, ocorrendo em seis fases. **Resultados:** Foram selecionados 42 estudos para análise, que trazem uma forte presença de práticas tradicionais no campo da atenção primária globalmente, e algumas experiências de uso de medicina alternativa e complementar. Observam-se desconhecimento por parte de profissionais e escassez de políticas públicas e evidências para real desenvolvimento do tema. **Conclusão:** Baseando-se nos benefícios identificados de melhoria na qualidade de vida, aponta-se para a necessidade de maiores investimentos em pesquisas, divulgação e formação profissional na área, a fim de suprir uma demanda crescente.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Medicina Integrativa; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Based on the proposed change in the model to health care, has strengthened the use of integrative practices, being the primary care focus of the main actions globally. Aimed to review the literature indexed in databases, in the period 2006-2012. **Methods:** The integrative literature review enables the synthesis of the state of knowledge of a subject, occurring in six stages. **Results:** Selected 42 studies for analysis, present a strong presence of traditional practices in the field of primary care globally, and experiences the use of alternative and complementary medicine, outside Brazil, in tertiary care setting. It is observed lack of knowledge of professionals and shortages public policies for real theme development, as well as further evidence about the costs of this change in the way health care. **Conclusion:** points to the need for greater investment in research, dissemination and training in the area, in order to supply an increasing demand, as well as studies that brings evidence to safety use and public investments.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Integrative Medicine; Primary Health Care; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica,¹ esse nível de atenção caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte

na situação de saúde e autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Reafirma a garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, acessibilidade, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, ampliando

¹ Enfermeira. Mestre em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos. Docente do curso de Enfermagem Faculdades Integradas – Fundação Educacional Dr. Raul Bauab, Jahu – SP. E-mail: perolacruz@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Pós-doutorado em enfermagem e prof. adjunto IV na Universidade Federal de São Carlos/SP.

ainda mais a proposta desses serviços, tendo em consideração o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural.¹

Assim, e tendo como campo prioritário a Estratégia Saúde da Família, é nítida a tentativa de mudança de um modelo de cuidado biologicista e curativista, médico centrado e medicalizador, para um cuidado onde o foco seja o bem-estar do indivíduo e coletividades, aumento de sua autonomia no autocuidado e fortalecimento da participação comunitária dos diferentes espaços.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde em Alma-Ata, 1978, reforça a presença de práticas complementares no cenário global, reconhecendo sua importância para o cuidado em saúde, e faz recomendações aos Estados no sentido de formularem políticas locais para a implementação dessas práticas, principalmente na atenção primária à saúde.² Ao longo da década de 80, a Organização Mundial da Saúde – OMS continua a estimular os Estados a formularem suas políticas públicas ao que ela denomina medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), estando presente um contexto favorável frente às crises da biomedicina relacionadas a seu alto custo e uso de tecnologias.²

As práticas não convencionais, dentro de cada sistema oficial de saúde, são definidas em dois grupos pela OMS: aquelas chamadas de Medicina Tradicional (MT), que incorporam conhecimentos diversos que trazem práticas medicinais baseadas em diversas áreas, como plantas, animais ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e atividades com o corpo, partes da cultura e contexto histórico local; a Medicina Alternativa e Complementar (MAC), que forma um grupo de práticas sanitárias que não fazem parte da tradição cultural local e são incorporadas nas práticas de cuidados à saúde.³

No Brasil, por meio das Conferências Nacionais de Saúde da década de 80, surgem demandas quanto à institucionalização das práticas integrativas, sendo que a 8ª Conferência torna-se um marco ao emitir, em seu relatório final, a implantação de práticas alternativas nos serviços de saúde, como forma de garantir a autonomia do usuário no momento da escolha da opção terapêutica em seu cuidado à saúde.² Mas somente em 2003 tiveram início os trabalhos de um grupo, a fim de elaborar uma política nacional que ocorreu no momento da aprovação e publicação da Portaria Ministerial nº 971, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.²

Autores apontam uma classificação na qual se divide o cuidado à saúde no Brasil em três setores: a chamada medicina popular ou informal (cuidado de familiares, amigos, vizinhos, assistência mútua em igrejas ou grupos de auto-

ajuda), o sistema oficial (biomedicina) e as MACs e medicina tradicional (homeopatia, acupuntura, especialistas populares e tradicionais).⁴ Uma definição ampla do National Center of Complementary and Alternative Medicine aponta a MAC como diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da medicina convencional.⁵

A PNPIC não apresenta uma definição ou conceituação sobre o tema, trazendo apenas que se trata de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, sendo que esses envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, ainda que estejam presentes a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.⁶

Estudos realizados em Tubarão – SC⁷ e Montes Claros – MG⁸ apontam que são várias as modalidades descritas como de cuidados complementares à saúde, entre elas benzedoiras, cura espiritual, dietas, quiropraxia, medicina ortomolecular, shiatsu, xantala, reflexologia, entre outras.

Entende-se que as propostas e vantagens das MAC/MT associam-se à concepção de saúde integrada ao bem-estar físico, mental, social e espiritual, quando se estimula que cada sujeito assuma a responsabilidade de sua própria saúde-doença, auxiliando nas ações de autonomia; propiciam aos profissionais se identificarem como pares no processo de reorientação das atitudes, crenças e hábitos dos pacientes; valorizam-se para além das noções biomédicas, mas também os fatores emocionais, espirituais e sociais; possibilitam um modelo para a prática que privilegia técnicas naturais, medicamentos ou procedimentos que harmonizam e estimulam o potencial de reequilíbrio do doente.⁴

Entende-se que a MAC/MT oferece práticas, valores e técnicas de promoção da saúde que podem ser realizadas individualmente ou em grupos, valorizando e fomentando a solidariedade e a troca de experiências entre os participantes, favorecendo o crescimento e empoderamento comunitário. Outro ponto associado à promoção da saúde é o fato de essas práticas estimularem ou resgatarem a noção de qualidade de vida para além do tratamento dos adoecimentos, apresentando, também, um potencial de autoconhecimento, ressignificações e aprendizados frente aos adoecimentos.⁵

Dessa forma, o uso pela população e o início das inserções no âmbito do SUS por diversos municípios começam a ser relatados em vários estudos. Em 2008, em pesquisa

realizada pelo Ministério da Saúde em 4.050 municípios, foi identificado que 72% deles já contavam com práticas integrativas e complementares inseridas na atenção básica, sendo que 30% apresentam ato ou lei regulamentando essas práticas.⁹ A homeopatia apareceu como inserida em algum nível de atenção à saúde em 8.65% dos municípios, procedimentos da medicina tradicional chinesa-acupuntura foram identificados em 4,5% e a fitoterapia como a modalidade das práticas integrativas e complementares mais frequentemente encontrada no Sistema Único de Saúde, presente em 9% dos municípios.⁹

Dessa forma, objetivou-se, assim, revisar a literatura indexada em bases de dados para a busca de evidências científicas relacionadas às práticas integrativas e complementares, no período compreendido entre 2006 e 2012.

DESENVOLVIMENTO

Dentro da Prática Baseada em Evidências – PBE, que é trazida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado, a Revisão Sistemática disponibiliza um resumo das evidências acerca de um tema específico, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.¹⁰

Para alcançar o objetivo proposto para este estudo, optou-se pela realização, dentro da revisão sistemática, de uma revisão integrativa de literatura, a qual possibilita a síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto e aponta para lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas.¹¹

A revisão integrativa é citada como uma das abordagens metodológicas mais amplas em se tratando de revisões, pois permite a inclusão de estudos de diferentes delineamentos de pesquisas. Apesar de dificultar o processo de análise, a variedade no processo de busca e amostragem leva a uma compreensão mais ampla e profunda do tema em questão.¹² A síntese desse conhecimento permite que o leitor seja informado de generalizações precisas sobre o tema, reduz algumas incertezas e, assim, permite a tomada de decisões embasada em dados da literatura. Além disso, um trabalho de revisão, ao agrupar os resultados das principais pesquisas, torna mais acessível o conhecimento aos profissionais, pela facilidade e agilidade da divulgação.¹¹

Para tal, a elaboração da revisão integrativa ocorre em seis fases distintas:^{11,12,13,14} 1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão da pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão/amostragem ou busca na literatura; 3. Categorização dos estudos; 4.

Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. Interpretação dos resultados; 6. Síntese do conhecimento e apresentação da Revisão Integrativa.

Iniciou-se o presente trabalho, identificando-se o tema e questão-chave que nortearam as buscas. A estratégia PICO – Paciente, Intervenção, Comparação e “*Outcomes*” (Desfecho) – traz elementos fundamentais para a construção da questão norteadora da pesquisa e busca de evidências.¹⁵ Assim, tem-se a questão norteadora da atual revisão: Como as Práticas Integrativas e Complementares têm se inserido nas atividades diárias da rede de atenção básica dos municípios no Brasil e em outros sistemas de saúde?

Dessa forma, para a realização do presente estudo, foram eleitos os seguintes descritores em saúde: 1. Terapias Complementares; 2. Medicina Integrativa; 3. Atenção Primária à Saúde; 4. Sistema Único de Saúde. A busca ocorreu nas bases de dados Lilacs, Pubmed, Medline e BDeInf.

Os critérios de inclusão eleitos foram: artigos dos periódicos indexados nas bases de dados selecionadas, nos idiomas português ou inglês, referentes às práticas integrativas e complementares de um modo geral, com textos disponíveis na íntegra e editados após a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, ou seja, de 2006 a 2012. Como critérios de exclusão: os artigos que tratam de uma prática ou terapêutica específica, assim como textos com foco em determinados agravos à saúde, ou que não estejam disponíveis na íntegra.

Dessa forma, e como havia artigos que se repetiam entre as bases de dados, foram selecionados 42 artigos para análise. Segundo o ano de publicação, o que obteve maior número de trabalhos foi o de 2011 (11), seguido de 2008 (10), 2009 (08), 2007 (5), 2010 (04), 2006 (03) e 2012 (01). Os trabalhos se caracterizaram, na maioria, como pesquisas de campo descritivas, com abordagens quanti/qualitativas (11), abordagens quantitativas (10), abordagens qualitativas (09), ensaios (9) e revisões de literatura (3).

Com relação ao país de publicação, 21 trabalhos foram realizados no Brasil e 21 em diversos outros países, sendo encontradas mais publicações nos Estados Unidos, com 07 trabalhos, e outros, como Canadá, com 03 trabalhos, Israel e Suíça, com 02 trabalhos cada, e Noruega, Alemanha, Nigéria, Samoa Americana, Coreia do Sul e Reino Unido, com 01 trabalho cada.

Após as fases de leitura e categorização, a análise dos dados é apresentada de forma descritiva, segundo categorias temáticas identificadas.

Conceituações das práticas não convencionais e a presença no cuidado primário à saúde

Alguns trabalhos discorrem sobre as conceituações e

definições de práticas não convencionais em saúde e trazem algumas discussões e experiências de uso nos serviços públicos.^{4,5,16,17,18,19 e 20}

Identifica-se, nesses textos, que a busca por uma única definição ou conceituação do tema não se mostra como tarefa fácil, assim as várias denominações encontradas, práticas alternativas não convencionais, populares, holísticas, naturais, complementares e integrativas são algumas vezes entendidas como sinônimas. Autores apresentam uma definição do National Center of Complementary and Alternative Medicine, apontando as práticas complementares como aquelas usadas conjuntamente, ou seja, ao mesmo tempo, com a biomedicina; alternativas, quando têm caráter substitutivo a estas; integrativas, quando associadas à biomedicina, com avaliações científicas de segurança e eficácia de seu uso integrado.⁴

Há uma discussão no campo conceitual sobre a definição do termo Medicina Integrativa, sendo esta entendida, por um lado, como a combinação da Medicina Convencional com a Medicina Alternativa e Complementar, baseada em evidências científicas e com abordagem holística, entendendo o homem como um todo, com ênfase na cura, relacionamento profissional-paciente e práticas de prevenção e promoção da saúde.¹⁶ Por outro lado, identifica-se na Medicina Integrativa um novo paradigma, mais abrangente, além da combinação de diferentes práticas, trazendo a necessidade de transformações desde os conceitos de saúde, formação profissional e nas relações saúde-doença, evidenciando uma forte identidade com os temas da integralidade do cuidado, humanização e evidências científicas.¹⁶

Há uma busca mais recente frente ao grande número de técnicas e conhecimentos, de uma tentativa de classificação/categorização, segundo seu modelo de cuidado. Alguns trabalhos citam uma matriz para análise das formas de cuidado segundo algumas dimensões, que acabam separando as práticas vistas como sistemas médicos complexos de terapias e outros.⁵

Outra classificação traz as diferentes práticas em 5 grupos: sistemas médicos alternativos, intervenções mente-corpo, terapias biológicas, métodos de manipulação corporal e baseados no corpo e terapias energéticas.⁴

Conforme relatórios de órgãos internacionais como a OMS, é sabido que a Medicina Tradicional está fortemente presente em países menos desenvolvidos, principalmente na atenção primária, em que a oferta de serviços pelo governo é insuficiente e as práticas populares estão enraizadas na cultura. Porém, uma expansão de uso da MAC também está presente em países como EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido, passando a ser assunto reconhecido e institucionalizado por muitos governos.¹⁷

No Brasil, é a partir de 2006 que se fortalece o processo de legitimação da Medicina Tradicional/Alternativa e Complementar, sendo vista como importante ferramenta para se ampliar o cuidado à saúde, principalmente na atenção primária, pelas suas potencialidades na promoção da saúde, caráter pedagógico na prevenção de doenças, para além do controle de fatores de risco e amedrontamento da população, mas de formação de cidadãos mais participativos socialmente.¹⁷

Algumas experiências de implantação no serviço público são encontradas, por exemplo, no Município de Campinas – SP, que relata um amplo e pioneiro projeto de implantação na rede básica, tendo encontrado apoio para essas mudanças entre os profissionais do serviço que consideraram as práticas compatíveis com os fundamentos do SUS e acreditando na boa convivência entre as práticas complementares e tradicionais.¹⁸ Porém, algumas dificuldades, como oferta insuficiente dos serviços à população e uma minoria de profissionais que expressam desconfiança quanto a essa integração estão presentes.¹⁸

Em geral, se percebem as potencialidades da MAC/MT em ampliar principalmente o cuidado primário em saúde. Apresenta algumas respostas às lacunas paradigmáticas da medicina tradicional e do SUS, tendo como fortalezas sua capacidade de aprofundar o sentido da integralidade e melhora nas relações profissionais-usuários-doença.¹⁷ Permite, ainda, uma ampliação das possibilidades de cuidados a problemas antes não enquadráveis na biomedicina e um potente caráter desmedicalizador do cuidado à saúde.⁴ Porém, tratando-se de políticas públicas, ainda se encontra no início de seu processo de construção e de forma bastante irregular nos municípios, estando presentes o baixo acesso e a resistência por parte de profissionais.¹⁷

O uso da Medicina Alternativa e Complementar/ Medicina Tradicional na atenção primária

Diversas publicações trazem caracterizações de prevalências de uso em espaços de atenção primária, buscando associações com fatores como sexo, idade, nível socioeconômico, escolaridade e religião, com a investigação também dos fatores que são determinantes de tal uso.^{8,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32}

No Brasil, observa-se, em relação ao uso em geral na vida, uma alta prevalência, em torno de 70% das famílias, que referem predominantemente práticas mais populares, como orações, benzedadeiras, remédios populares, e práticas corporais, como exercícios e massagens.⁸ Quando se trata de sistemas médicos específicos, que vão gerar custos e necessidade de profissional da área, como acupuntura,

homeopatia e medicina ortomolecular, essa prevalência de uso cai drasticamente entre as camadas mais populares, prevalecendo o uso entre pessoas de maior renda e escolaridade, ainda assim com uma prevalência em torno dos 9%.⁸ Também é encontrada a importância do ato de cuidar, da atenção, respeito e relações de afeto, o que geralmente é encontrado no cuidado entre familiares e conhecidos.²¹ Sendo assim, esta se torna a primeira opção em caso de problemas de saúde, juntamente com práticas populares como chás, orações e outras, associando-se o medicamento alopático a esse contexto, e só após essas tentativas se busca o serviço de saúde.

Alguns autores referem a procura por práticas não convencionais ligadas principalmente ao estilo de vida moderno e às sobrecargas de um mercado capitalista, com jornadas extensas de trabalho, desempenho de vários papéis e carga emocional excessiva.²² Assim, as pessoas chegam procurando o serviço com queixas principalmente de ordem psicossocial, como ansiedade, depressão, dores em geral e cansaço, buscando um cuidado com solidariedade, vínculo e atenção.²²

Em revisão realizada sobre o tema da Medicina Alternativa e Complementar e Medicina Tradicional entre o período de 1997 e 2008, encontrou-se a utilização dessas práticas ligadas ao alívio da dor, problemas emocionais, alívio de efeitos colaterais de outras medicações (alopáticas), melhora do sistema imunológico e da qualidade de vida no geral.²³

Em países como Canadá,²⁴ Nigéria²⁵ e Coreia do Sul,²⁶ a prevalência de uso geral encontrada, quando se incluem desde sistemas médicos específicos a práticas populares, como orações, técnicas naturais e práticas corporais, assemelha-se à do Brasil, com 60%, 80% e 75% respectivamente, sendo a mais presente a relacionada com produtos biológicos como ervas. Nas variadas regiões dos Estados Unidos, os números encontrados de relatos de uso pela população giram em torno de 80%²⁷ e 70%,²⁸ em comunidades com diferentes características em relação à raça, renda e escolaridade. As práticas mais frequentemente encontradas se referem novamente a produtos naturais à base de ervas, com destaque para o alto uso de terapias à base de suplementos e vitaminas, para problemas de saúde das mais diversas ordens, como infecções gastrointestinais e doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes melitos.^{27,28}

Novamente, quando se busca o uso por sistemas médicos complexos, como medicina tradicional chinesa, observa-se o uso entre classes de melhor renda e escolaridade, com prevalência de aproximadamente 8%.²⁴ Exceção é a Coreia do Sul, por apresentar um sistema médico próprio, advindo da medicina tradicional chinesa, apresentando

taxas de uso em torno dos 32%.²⁴ Alguns estudos buscam analisar a evolução de algumas práticas específicas ao longo de anos, encontrando aumento geral em número de usuários, tipos de MAC utilizadas e com a satisfação relatada por estes.²⁹

As razões para tal uso são discutidas em vários trabalhos que encontram, em primeiro lugar, a facilidade de acesso, juntamente com as tradições familiares, sendo citados também o baixo custo, a frustração com o tratamento médico convencional e a percepção de efetividade com o recurso popular, sendo algumas vezes, pela credibilidade em ambas as técnicas, usadas conjuntamente.³⁰

Em pesquisa trazendo o uso entre idosos na cidade de Porto Alegre, encontrou-se a presença principalmente de terapias alimentares e à base de ervas, com fatores determinantes do uso o forte apelo da mídia e propagandas de redes de farmácias.³¹

Apesar de se perceberem os limites do conhecimento racional, não é apenas a insatisfação com o modelo biomédico que contribui para o desenvolvimento das práticas integrativas e, sim, a necessidade de práticas que promovam maior contato com a espiritualidade, interação do ser com a energia universal, por meio de relações de afeto, carinho, apoio, humanização das ações e gestos para o enfrentamento dos sofrimentos da alma.²²

Nos estudos fora do Brasil, percebe-se uma maior busca pela promoção da saúde entre os usuários e um papel ativo no próprio cuidado, daí a preferência pelas práticas complementares, sendo esta uma lacuna da biomedicina.^{26,32} Outros motivos apontados se referem a: insatisfação com a medicina convencional, crença no poder de cura de doenças crônicas, percepção de menos efeitos colaterais, presença na cultura familiar e social, indicação de familiares/amigos, custo, mídia e propaganda e, por último, os profissionais de saúde.^{24,26,28}

Sistemas médicos alternativos e recursos terapêuticos complementares presentes no cuidado secundário e terciário e convênios médicos

Encontrou-se, em alguns trabalhos, uma caracterização do uso da MAC em ambientes de cuidados secundários e terciários,^{30,33,34,35,36} e ainda outros que discutem sobre essa oferta em planos de saúde.^{37,38}

Em pesquisa entre hospitais da Noruega e Dinamarca, encontrou-se a presença de MAC em 50% e 31%, respectivamente, sendo a acupuntura mais presente, entre várias outras encontradas, a estimulação elétrica, hipnose, fitoterapia, massagem, aromaterapia, tai chi, entre outras.³³ A presença maior dessas práticas está em hospitais públicos e de maior porte.³³ Foi descrito, também, um processo de

implantação de MAC em hospitais de Israel, com o objetivo de se ampliarem a clínica e as opções terapêuticas dos usuários internados.³⁵ Foi relatado o trabalho intenso de integração entre as diferentes equipes, na tentativa de se diminuir as resistências dos profissionais tradicionais e de se levarem os casos conjuntamente, encontrando, ao final, um bom campo para desenvolvimento da MAC e colaboração entre as diferentes equipes.³⁵

Outros trabalhos caracterizam o uso entre pacientes de ambulatórios de especialidades em Brunei Darussalam³⁶ e Canadá,³⁴ encontrando prevalências de uso de 20% e 54%, respectivamente, entre práticas orientadas por profissionais, sendo mais presentes algumas como a homeopatia e fitoterapia, entre outras, como naturopatia, quiropraxia e acupuntura. Os principais problemas que levaram ao uso foram os de ordem musculoesquelética, seguidos dos psicológicos, sendo ainda encontrados os sintomas psicossomáticos como preditivos de uso de MAC entre seus participantes.^{34,36}

No Brasil, não foram encontrados estudos em ambientes hospitalares, o que sugere a falta de pesquisa ou do próprio serviço nesse nível de complexidade de assistência à saúde. É apresentada uma busca pelo uso de práticas populares em um ambulatório de pediatria, encontrando relato entre todos os entrevistados de uso de recursos populares para problemas de saúde.³⁰ As técnicas encontradas foram principalmente benzedadeiras, chás e práticas da tradição familiar, vindas de vivências prévias, que são indicadas pelo próprio meio onde as famílias vivem e usadas geralmente concomitantemente ao tratamento convencional.³⁰

Trabalhos demonstram a inclusão de práticas complementares entre a cobertura de serviços em planos de saúde de países como Estados Unidos e Alemanha.^{37,38} Encontraram-se 14% de uso de MAC entre os segurados nos Estados Unidos, em especial de quiropraxia, relatando que o uso mostra-se limitado principalmente pela falta de profissionais na área.³⁸ Já na Alemanha, é relatada uma ampla gama de opções de práticas complementares que foram oferecidas pelos planos de saúde, como acupuntura, homeopatia, quiropraxia, medicina antroposófica, treinamentos físicos, dietas alimentares, que foram utilizadas muitas vezes, duas ou mais opções por vez, sendo algumas delas limitadas devido à indisponibilidade de profissionais qualificados.³⁷

Conhecimento e atitude dos profissionais em relação às Práticas Integrativas em Saúde

A posição dos profissionais e a presença de uso da medicina complementar e alternativa ou tradicional em sua

prática são trazidas por nove trabalhos.^{20,39,40,41,42,43,44,45,46}

No Brasil, encontra-se, em geral, um desconhecimento em relação à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em que 88% dos profissionais desconheciam seu conteúdo.³⁹ É trazido em pesquisa que nenhum profissional inserido na atenção básica conhecia a PNPIC, com hipóteses que apontam para a ineficiência dos meios de comunicação, descrença dos profissionais ou preferência dos gestores.²⁰ Esse desconhecimento também se aplica à medicina complementar em geral, sendo autoqualificado o conhecimento como nenhum ou muito pouco em relação às práticas que compõem a PNPIC.⁴⁰

Um fato que colabora com esse contexto é a ausência de temas que englobem a MAC nos cursos de graduação. Quando o conhecimento está presente, geralmente se deu de modo informal, por meio do conhecimento popular, mídia e outros.^{40,41}

Apesar desse quadro, a maioria dos textos revela uma aceitação por parte dos profissionais pela inclusão de novas práticas; acreditam nos efeitos terapêuticos, na melhora das condições de saúde das pessoas e na possibilidade de integração das práticas complementares com a medicina convencional, principalmente na atenção básica. Porém, ainda estão presentes preconceitos e resistências quanto à sua efetividade e segurança, que se dão pela falta de informações adequadas e baixa divulgação, inclusive das políticas públicas.^{20,42,43}

Um estudo aponta a aceitação, por parte dos profissionais inseridos na atenção primária, da inclusão das práticas integrativas de forma complementar à alopatia nos cuidados em saúde. Discute a presença das resistências e inseguranças como forma de responsabilidade e comprometimento profissional frente ao desconhecimento do assunto.⁴⁴

Essa abertura dos profissionais de saúde à inclusão de práticas complementares nos serviços também foi trazida por autores nos Estados Unidos⁴⁵ e Samoa Americana⁴⁶. Demonstrou uma boa abertura dos profissionais em relação às diversas práticas, porém receios quanto à falta de informações, efetividade, segurança, preparações e dosagens e possíveis efeitos adversos.⁴⁵

As indicações estão presentes principalmente para situações complexas que necessitam de mudanças em vários aspectos, em que se indicam, principalmente, exercícios, massagens, nutrição, espiritualidade e mudanças no estilo de vida, práticas essas presentes na medicina convencional, porém, pouco utilizadas.⁴⁵ Uma forte indicação de técnicas como exercícios, dieta, orações e massagens foi encontrada pelos profissionais, porém uma resistência quanto às técnicas tradicionais da cultura local, sendo recomendada, muitas vezes, a descontinuidade do uso des-

sas técnicas.⁴⁶

Diferenças no atendimento entre profissionais da medicina convencional e aqueles que se utilizam das práticas complementares são trazidas em pesquisa realizada na Suíça.⁴⁷ Foi observada uma maior duração no tempo de consulta entre os profissionais certificados para uso de práticas complementares, com demandas de problemas em saúde principalmente musculoesqueléticos, mentais e comportamentais, e ainda a presença, em 17% das consultas, de uso de recursos terapêuticos da medicina convencional. A satisfação geral relatada pelos usuários foi de 51% nos profissionais da medicina complementar e 43% na medicina convencional, sendo, na primeira, apontados como pontos mais favoráveis a relação com o profissional, profundidade, comunicação e apoio emocional, enquanto, na medicina convencional, o alívio dos sintomas, exame físico e oferta de serviços de prevenção foram mais bem avaliados.⁴⁷ Sobre o desfecho no estado de saúde, trazem um resultado positivo com uso de terapias complementares, sendo um dos pontos positivos a melhora da dor.⁴⁸

É consenso entre os trabalhos a necessidade de investimentos em formas de divulgação e capacitação dos profissionais. A inclusão durante os cursos de graduação, de forma obrigatória ou opcional, é trazida como uma alternativa,³⁹ sendo necessárias, também, a promoção de cursos a profissionais já formados e inseridos nos serviços e uma maior divulgação de políticas públicas e critérios de efetividade e segurança das práticas complementares.^{39,40,42,45,46}

Custos relacionados ao uso das Práticas Integrativas e possíveis riscos

Como última categoria, trabalhos trazem questões relacionadas com os custos de inclusão das práticas complementares nos serviços de saúde,^{16,38,49,48,50} e ainda possíveis riscos dessas práticas.^{21,30,34,51,52}

De modo geral, o que se observou nos trabalhos comparando-se o uso entre as práticas convencionais e as práticas complementares foi um custo levemente menor dessas últimas ou uma ausência de diferenças significativas.^{38,49}

Outros trabalhos trazem que, com base na perspectiva complementar e integrativa, o que se espera em curto prazo, devido aos custos das mudanças organizacionais, percepção dos profissionais, inclusão e capacitação de novos profissionais, procedimentos e insumos, considerando esse cuidado adicional ao da medicina convencional é que o custo pode aumentar os gastos do serviço. Porém, a médio e longo prazo, a criação desse cuidado integrado levará a uma diminuição dos gastos totais, com base nas

ações de prevenção de doenças e promoção da saúde com que opera.^{16,49}

É relatada a necessidade de mais pesquisas que comparem eficácia e segurança entre as diferentes práticas, para assim poder basear os custos necessários.⁵⁰ Entre usuários de um convênio médico, é relatado que a MAC foi responsável por 17% das visitas ao convênio, o que equivaleria a 3% dos gastos médicos.³⁸ Apesar de os gastos nem sempre serem menores com o uso de práticas complementares, é sabido o ganho em relação ao cuidado pessoal e relacionamento profissional-usuário presente nessas práticas.⁴⁹ Outras pesquisas trazem dados coletados muito variáveis, sem a possibilidade de discutir os custos da medicina alternativa e complementar para o serviço.⁴⁸

Investigando-se o uso de MAC/MT e possíveis hospitalizações subsequentes entre usuários com orientação profissional e autoadministrados, não foi encontrada qualquer relação com as hospitalizações.⁵¹ Porém, riscos podem estar presentes no desconhecimento de princípios ativos e crença de que muitas práticas complementares são isentas de efeitos adversos, levando, muitas vezes, à associação com medicamentos convencionais sem conhecimento dos profissionais.^{21,30,34}

Aponta-se para um ponto negativo na utilização de práticas complementares pela população, associada ao fato de que cerca de 70% dos usuários não referem esse uso quando procuram um serviço convencional de saúde, o que poderia levar a interações prejudiciais entre os diferentes recursos terapêuticos. Discutem-se, também, outros riscos relativos à qualidade dos serviços atualmente empregados, qualidade dos profissionais, segurança dos produtos e do embasamento científico, trazendo a necessidade de os setores públicos e privados estabelecerem padrões para um uso seguro de práticas integrativas em saúde.⁵²

Na Tabela 1, apresenta-se um resumo das categorias expostas acima, para facilitar a visualização do encontrado.

CONCLUSÃO

Os trabalhos retratam a forte presença de uso pelas variadas populações, principalmente aquelas consideradas mais tradicionais naquela cultura, as advindas, principalmente, de recursos populares, que demandam baixos custos, fácil acesso e com experiências positivas na própria comunidade. Por outro lado, ainda é baixo o acesso a recursos terapêuticos que demandem a presença de um profissional capacitado, muitas vezes, seja pela indisponibilidade desses, que são escassos, seja pelo maior custo, que inviabiliza tais práticas alternativas e complementares para uma parcela grande da população.

Embora esse panorama de uso seja encontrado tanto

Tabela 1 - Categorias temáticas e principais resultados encontrados.

Categoria Temática	Referências	Resultados
Conceituações das práticas não convencionais e a presença no cuidado primário à saúde	4, 5, 16, 17, 18,19 e 20	Apresentam definições de práticas complementares como aquelas usadas conjuntamente, alternativas quando são substitutivas e integrativas quando associadas à biomedicina, com embasamento científico. A Medicina Integrativa ainda é reconceituada, com uma abordagem holística, e foco em prevenção e promoção da saúde. Relatórios da OMS trazem a forte presença da MT na atenção primária de países menos desenvolvidos, e uma recente expansão em países como EUA, Austrália, Canadá e Reino Unido. No Brasil, com a PNPIC, se fortalece o processo de legitimação no cuidado à saúde, principalmente na atenção primária. Experiências de implantação são relatadas no município de Campinas – SP, com apoio entre os profissionais do serviço, porém dificuldades como oferta insuficiente e resistência de alguns profissionais. As políticas públicas relacionadas apresentam-se ainda em construção e com baixos números de cobertura e resistências em alguns serviços.
O uso da Medicina Alternativa e Complementar/ Medicina Tradicional na atenção primária	8, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32	Prevalência no Brasil de 70% do uso na vida de práticas mais populares pelas famílias. Em sistemas médicos específicos, como acupuntura, a prevalência cai para cerca de 9%. Recente procura da MAC/MT devido às queixas modernas relacionadas ao estresse e ao estilo de vida. As prevalências de uso encontradas no Canadá, Nigéria e Coreia do Sul se assemelham às do Brasil, com 60%, 80% e 75%, assim como nos Estados Unidos, quando se trata de práticas mais populares, sem necessidade de profissional específico. A motivação para o uso relaciona-se a: facilidade de acesso, tradições familiares, baixo custo, insucesso do tratamento convencional, percepção de efetividade e mídia influenciadora. Está ligada, também, a uma busca pela maior espiritualidade e relações mais humanizadas para os variados sofrimentos.
Sistemas médicos alternativos e recursos terapêuticos complementares presentes no cuidado secundário e terciário e convênios médicos	30, 33, 34, 35, 36, 37, 38	Em hospitais da Noruega e Dinamarca, encontrou-se a presença de MAC em 50% e 31%, principalmente a acupuntura, em hospitais públicos e de maior porte. Encontrados ambulatoriais de especialidades em Brunei Darussalam e Canadá, com prevalências de 20% e 54%, principalmente com o uso de homeopatia e fitoterapia. Os principais problemas que levaram ao uso foram os de ordem musculoesquelética, seguidos dos psicológicos. No Brasil, não foram encontrados estudos de experiências em ambientes hospitalares, ou pelos profissionais de ambulatoriais de especialidades. Entre planos de saúde, encontraram-se 14% de uso de MAC entre os segurados nos Estados Unidos e uma ampla gama de opções de serviços nos planos da Alemanha.
Conhecimento e atitude dos profissionais em relação às Práticas Integrativas em Saúde	20, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46	No Brasil, em geral, há um desconhecimento em relação à PNPIC pelos profissionais, com possíveis falhas nos meios de comunicação e/ou descrença de gestores. Tema também se encontra ausente ou pouco abordado nos cursos de graduação. Entretanto, há uma boa visão por parte dos profissionais e reconhecimento de suas possibilidades terapêuticas, com resistências em alguns grupos ligadas à desinformação. Esse quadro também está presente em países como Estados Unidos e Samoa Americana, com receios ligados à falta de estudos científicos na área. As indicações de uso trazem questões complexas, com problemas envolvendo diversas áreas do corpo, mente e estilo de vida, usando-se de uma variedade de práticas conjuntamente. Estudos de satisfação demonstram um melhor relacionamento com o profissional e atendimento mais individualizado, favorecendo a visão geral da prática. Traz-se a necessidade de formação de profissionais preparados e de maiores estudos na área.

Categoria Temática	Referências	Resultados
Custos relacionados ao uso das Práticas Integrativas e possíveis riscos	16, 38, 49, 48, 50, 21, 30, 34, 51, 52	Em geral, os trabalhos trazem um custo levemente menor ou ausência de diferenças significativas. Numa perspectiva a curto prazo, com a inclusão de profissionais e insumos, haveria aumento nos custos, porém, a médio e longo prazo, levará a uma diminuição dos gastos totais, com base nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Não se encontraram estudos com associação de uso de MAC/MT e complicações, porém atenta-se para riscos presentes no desconhecimento dos métodos e ausência de relato pelos usuários do uso dessas práticas nos serviços de saúde. Outras questões referem-se à qualidade dos profissionais e a práticas usadas corriqueiramente, sem embasamento científico e formação adequada.

Fonte: dados da pesquisa.

no Brasil como nas pesquisas que trazem as experiências internacionais, denota-se que alguns dos fatores determinantes para o uso em países mais desenvolvidos, a busca por práticas alternativas e complementares em saúde relaciona-se com a busca de escolhas mais naturais e saudáveis, melhora da qualidade de vida, autonomia nos cuidados e promoção da saúde; em países onde os serviços de saúde são mais escassos, as práticas tradicionais se tornam a alternativa mais viável, acessível, de baixo custo e culturalmente conhecida.

Em relação aos profissionais, esses convivem em um meio de incertezas, resistências, ausência de embasamento científico e divulgação das informações e falta de clareza nas políticas públicas, destacando-se o processo de educação em saúde insuficiente nessa área. Denota-se que, após a formação, grande parte dos profissionais entra nos serviços públicos e segue o modo de fazer operante, sendo que, se não houver a divulgação, incentivo e capacitação para a abertura a outros recursos e práticas em saúde por parte da gestão, estes permanecem no campo que lhes é mais conhecido.

A pequena parcela de profissionais que faz uma formação em outras áreas que não as da medicina convencional enfrenta a ausência de organização das redes de saúde, quanto às demandas para os serviços, política de insumos e materiais necessários e falta de apoio de outros profissionais.

Para se pensar a qualidade do serviço ofertada, a qualidade dos profissionais, os critérios de segurança, a eficácia, a efetividade e riscos de cada prática, esforços devem ser concentrados em investimentos nas áreas da educação profissional, pesquisas científicas na área e divulgação de resultados.

Nessa direção, cobrar de um profissional inserido no atual sistema de saúde a indicação e ações profissionais com práticas baseadas nas terapias complementares pode

resultar em risco de um atendimento aos usuários sem a devida qualificação profissional, podendo gerar imprudência e irresponsabilidade no cuidado à saúde.

Entendendo, por outro lado, a escassez de recursos de que sofrem estados e municípios para investimentos na saúde, com redes de atenção superlotadas, profissionais sobrecarregados e mal remunerados, escassez de materiais e estruturas adequadas, há a necessidade de formulação de estratégias nas políticas públicas para otimização dos investimentos, com vistas à maior resolutividade dos problemas primários em saúde e, assim, diminuição de gastos com o cuidado secundário e terciário.

Acredita-se na necessidade de se ampliarem as ferramentas para o cuidado em saúde e, assim, também as possibilidades de visão do indivíduo e de seus processos de saúde-doença de forma a aproximar-se da noção de integralidade, bem como de que o ser humano e suas relações com o meio são mais que partes de um corpo que se mantém funcionando em perfeito estado. Observa-se, nos atuais cenários de cuidados em saúde, uma incapacidade do sistema médico oficial em lidar com uma grande gama de sofrimentos da população. No entanto, percebemos as muitas possibilidades e vantagens que a inclusão de novos paradigmas e formas de ver os indivíduos pode agregar para a busca de melhores condições na qualidade de vida.

As práticas integrativas em saúde agregam aos serviços uma ampliação das possibilidades terapêuticas às várias necessidades de saúde, valorização dos encontros e processos relacionais entre cada profissional e usuários, com espaços de escuta para além do alívio de sintomas, permitindo a estes uma autonomia quanto às escolhas no cuidado em saúde.

Destaca-se que, a princípio, as pesquisas nos diversos cenários busquem não somente uma quantificação da presença dessas práticas nas populações, mas dados de suas percepções, representações e contribuições para o estado

de saúde das pessoas, assim como investimento nas áreas relacionadas às evidências, a fim de garantir a qualidade com segurança e eficácia do cuidado prestado. Como limitações desse estudo, podemos citar uma redução da amostra de trabalhos, não abrangendo aqueles publicados em outros idiomas que não os selecionados, e excluindo-se aqueles que tratam de práticas específicas, sendo reduzido o número dos que enfocam as políticas públicas e experiência de uso geral das MAC/MT.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. OPAS – Organização Panamericana da Saúde. Estratégia de La OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: WHO/EDM/TRM; 2002.
4. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):914-020.
5. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad Saúde Pública*. 2009 ago.; 25(8):1732-1742.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC–SUS/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2006.
7. Fontanella F, Speck F, Piovezan AP, Kulkamp IC. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2007; 36(2).
8. Rodrigues Neto JF, Faria AA, Figueiredo MFS. Medicina complementar e alternativa: utilização pela população de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3):296-301.
9. Brasil. Ministério da Saúde. As práticas integrativas e complementares. Painel Temático Saúde da Família. 2008; 2(4):30-1.
10. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioterapia*. 2007 jan./fev.; 11(1):83-89.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências da saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008 out./dez.; 17(4):758-64.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1Pt 1):102-6.
13. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2006 jan./fev.; 14(1):124-31.
14. Pedersoli CE et al. O uso de máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm*. 2011 abr./jun.; 20(2):376-83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a21v20n2.pdf>>.
15. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta da pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007 maio/jun.; 15(3).
16. Otani MAP, Barros NF. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1801-1811.
17. Andrade JT, Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia Médica. *Saúde & Soc*. 2010; 19(3):497-508.
18. Nagai SC, Queiroz M. de S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011 mar.; 16(3):1793-1800.
19. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):195-206.
20. Ischkanian P. Práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.

- 21 Budó M. de LD, Ressel LB; Resta DG, Borges ZN, Denardim JM. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery* [online]. 2008; 12(1):90-96.
22. Saraiva AM, Ferreira Filha MO, Dias MD. As práticas integrativas como forma de complementariedade do modelo biomédico: concepções de cuidadoras. *R Pesq Cuid Fundam* [online]. 2011 dez.; (Ed. Supl.):155-163.
23. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NF, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Medicinas alternativas e complementares: uma metassíntese. *Cad Saúde Pública*. 2010 jan.; 26(1):7-13.
24. Quanh Lai D, Johnson D, Verhoef M, Musto R. Complementary and alternative medicine use among chinese and white Canadians. *Can Fam Physician*. 2008 Nov; 54(11):1563-9.
25. Onyapat JE, Okoronkwo I, Ogbonnaya N. Complementary and alternative medicine use among adults in Enugu, Nigeria. *BMC Complement Altern Med*. 2011; 11:19.
26. Ock SM, Choi JY, Cha YS, Lee J, Chun S, Huh CH, Lee SY, Lee SJ. The use of complementary and alternative medicine in a general population in South Korea: results from a national survey in 2006. *J Korean Med Sci*. 2009 Feb.; 24(1):1-6.
27. Bains SS; Egede LE. Association of health literacy with complementary and alternative medicine use: a cross-sectional study in adult primary care patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2011; 11:138.
28. Trangmar P, Diaz V. Investigating complementary and alternative medicine use in a spanish-speaking hispanic community in South Carolina. *Annals of Family Medicine*. 2008 Jan./Fev.; 6 Supplement 1.
29. Shmueli A, Igudin I, Shuval J. Change and stability: use of complementary and alternative medicine in Israel: 1993, 2000 and 2007. *Eur J Public Health*. 2011 Apr; 21(2):254-9.
30. Souza MA de, Melo MB de; Silveira Junior RS, Barbosa MA, Siqueira KM, Martins CA, Souza MM de, Brasil VV. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 2006 out./dez.; 14(4):512-517.
31. Souza AC, Lopes MSM. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Rev Escola Enferm USP*. 2007; 41(1):52-6.
32. Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: a comparison of consumers from 1997-8 and 2005. *BMC Complement Altern Med*. 2008; 8:16.
33. Salomonsen LJ, Skovgaard L, la Cour S, Nyborg L, Launso L, Fønnebo V. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. *BMC Complement Altern Med*. 2011 Mar. 4; 11:19.
34. Jean D, Cyr C. Use of complementary and alternative medicine in a general pediatric clinic. *Pediatrics*. 2007 Jul; 120(1):e138-41.
35. Gamus D, Pintov S. Integration of complementary and alternative medicine services in the hospital setting in Israel. *Isr Med Assoc J*. 2007 Mar.; 9(3):169-70.
36. Chong VH, Rajendram N, Wint Z. Prevalence and predictive factors for complementary and alternative medicine use in Brunei Darussalam. *Singapore Med J*. 2008 Dez.; 49(12):1012-6.
37. Büssing A, Ostermann T, Heusser P, Matthiessen PF. Usage of alternative medical systems, acupuncture, homeopathy and anthroposophic medicine by older German adults. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*. 2011 Aug.; 9(8):847-56.
38. Lafferty WE, Tyree PT, Bellas AS, Watts CA, Lind BK, Sherman KJ, Cherkin DC, Grembowski DE. Insurance coverage and subsequent utilization of complementary and alternative medicine providers. *Am J Manag Care*. 2006 Jul.; 12(7):397-404.
39. Thiago SCS, Tesser CD. Percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre terapias complementares. *Rev Saúde Pública*. 2011 abr.; 45(2):249-257.
40. Gonçalves RP, Antunes HM, Teixeira JBP, Cardoso LO, Barbosa PR. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. *Rev APS*. 2008 out./dez.; 11(4):398-405.
41. Kulkamp IC, Burin GD, Souza MHM, Silva P, Piovezan AP. Aceitação de práticas não convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul

de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007; 31(3):229-235.

42. Marques LAM, Vale FVVR do, Nogueira VAS, Mialhe FL, Silva LC. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis*. 2011; 21(2):663-674.

43. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Souza MA, Siqueira KM. As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. *Rev Enfermagem UERJ*. 2009 jan./mar; 17(1):75-0.

44. Neves RG, Pinho LB, Gonzalez RIC, Harter J, Schneider JF, Lacchini AJB. O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do uso de terapias complementares no contexto da atenção básica. *R Pesq Cuid Fundam [Online]*. 2012 jul./set.; 4(3):2502-09.

45. Hsu C, Cherkin DC, Hoffmeyer S, Sherman KJ, Phillips WR. Patient and clinician openness to including a broader range of healing options in primary care. *Ann Fam Med*. 2011 Set./Out.; 9(5): 447-53.

46. Krosh SL. Perceptions and use of complementary and alternative medicine in American Samoa: a survey of health care providers. *Hawaii Med J*. 2010 June; 69(6 Supplement 3):21-26.

47. Busato A, Kunzi B. Differences in the quality of interpersonal care in complementary and conventional medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2010; 10:63.

48. Wye L, Sharp D, Shaw A. The impact of NHS based primary care complementary therapy services on health outcomes and NHS costs: a review of service audits and evaluations. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2009; 9:5.

49. Busato A, Eichenberger R, Kunzi B. Extent and structure of health insurance expenditures for complementary and alternative medicine in Swiss primary care. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6:132.

50. Ernest E. Complementary and alternative medicine: what the NHS should be funding? *Br J Gen Pract*. 2008 Mar.; 58(548):208-9.

51. Smith TC, Smith B, Ryan MA. Prospective investigation of complementary and alternative medicine use and

subsequent hospitalizations. *BMC Complement Altern Med*. 2008 May 8; 8:19.

52. Ananth S. Applying integrative healthcare. *Explore*. 2009 Mar./Apr.; 5(2).

53. Dossey L. Is life a state of deficiency? Observations on integrative medicine, whole-person healing and our nation's pivotal moment in healthcare. *Explore*. 2009 Jul./Ago.; 5(4).

Submissão: junho de 2015

Aprovação: agosto de 2015
