



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Práticas tradicionais de saúde em comunidades rurais: desafio para a Atenção Primária em Saúde

Traditional health practices in rural communities: a challenge for Primary Health Care

Marcus Vilhena da Silva Oliveira¹, Laura Maria Vidal Nogueira², Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues³, Bárbara Lopes Paiva⁴, Samantha Pereira Caldas⁵

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais das Equipes de Estratégia Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde a respeito das práticas tradicionais de saúde utilizadas pelas comunidades assistidas. Estudo de natureza descritiva, desenvolvido com uma abordagem quantitativa, realizado no perímetro rural do município de Benevides. Foram inseridas na pesquisa 83 profissionais, sendo 72 da Estratégia Saúde da Família e 11 do Programa Agentes Comunitários de Saúde. Foi utilizado para coleta de dados um instrumento correspondente a uma escala Likert adaptado para esta pesquisa. Muitos desafios se apresentam aos profissionais da Atenção Primária em Saúde para alcançar qualidade nos atendimentos, principalmente respeitando os aspectos culturais de cada comunidade. Faz-se necessária parceria de todos os setores envolvidos no processo saúde-doença, um desafio não somente para a equipe de saúde local, mas para os gestores e formuladores das políticas públicas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Tradicional. Características culturais. Atenção Primária à Saúde.

¹ Enfermeiro pela Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará. Belém, PA, Brasil. E-mail: barbaralopespaiva@gmail.com

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the knowledge of the professionals of the Family Health Strategy Teams and the Community Health Agents Program regarding the traditional health practices used by the assisted communities. This is a descriptive study, developed with a quantitative approach, carried out in the rural perimeter of the municipality of Benevides. A total of 83 professionals were included in the study, 72 of the Family Health Strategy and 11 of the Community Health Agents Program. An instrument corresponding to a Likert scale and adapted for this research was used for data collection. Many challenges are presented to the Primary Health Care professionals to achieve quality care, especially respecting the cultural aspects of each community. It is necessary to have a partnership of all the sectors involved in the health-disease process, a challenge not only for the local health team, but also for managers and formulators of public health policies.

KEYWORDS: Traditional Medicine. Cultural characteristics. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Desenvolver ações de Atenção Primária à Saúde valorizando a diversidade cultural tem sido desafiador para as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A característica do trabalho nesse nível de atenção é de contato direto com a população no próprio território, cujas práticas culturais se tornam mais evidentes retratando o modo de vida e as crenças populares. Na região amazônica são diversas as comunidades rurais que possuem peculiaridades e demandas próprias¹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a ESF como sendo fundamental para a extensão e solidificação das ações de saúde neste nível de assistência. Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, são tidos como equivalentes, sendo associados aos princípios e diretrizes preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Na ESF os profissionais devem assistir o usuário em um serviço organizado para atender às suas necessidades, e o tempo investido nas consultas e na visita domiciliar deve ser suficiente para o usuário sanar suas dúvidas com os profissionais².

No bojo da Política Nacional de Atenção Básica encontra-se regulamentada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), que a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina de Medicina Tradicional Complementar Alternativa. Apesar do incentivo pelo MS e OMS, pouco se evidencia a associação dessas práticas à biomedicina no SUS devido, principalmente, ao baixo reconhecimento dos gestores dos serviços de ESF no SUS³ a essas práticas. Estudo de Barros⁴ realizado na Região Metropolitana de Campinas identificou baixa oferta de práticas integrativas nos serviços de saúde, além do que apenas 8 coordenadores dos serviços de atenção primária dos 20 municípios analisados na Região Metropolitana

de Campinas ofertavam os serviços de práticas integrativas, também, que a maioria dos profissionais atuantes no SUS autofinanciam sua formação em PIC, pois não é disponibilizada capacitação nessa área, nos serviços de saúde, devido ao pouco reconhecimento dos gestores quanto à importância para o aperfeiçoamento nesse tipo de conhecimento.

Esse cenário remete a desafios e obstáculos na rotina dos serviços, muito embora o SUS contemple na sua micropolítica o incentivo às práticas tradicionais, com legislação e projetos que buscam essa sincronização. E, muitas vezes, essas práticas não se efetivam pelo desconhecimento e pela falta de sensibilidade de gestores e profissionais a respeito da diversidade cultural³ como evidenciado em estudos nacionais^{5,6} e internacionais^{7,8}.

Ao longo dos anos as características sociais, econômicas e geográficas do campo vêm passando por modificações, no entanto, o saber popular, em muitas situações, permanece inalterado, sobretudo em algumas localidades. Dessa forma, torna-se preocupante o modelo de atenção à saúde eminentemente biomédico que remete ao desafio de reconhecerem conhecimentos tradicionais capazes de repercutirem nas práticas de saúde no dia a dia nas comunidades³. As condutas terapêuticas dos profissionais devem considerar essa realidade de modo a rechaçar o pensamento etnocêntrico capaz de inviabilizar a promoção e recuperação da saúde. Desse modo, o saber local precisa ser conhecido por esses profissionais e, numa perspectiva mais desafiadora, valorizar e associar as práticas populares às biomédicas na rotina dos serviços de saúde¹.

As comunidades rurais demonstram forte ligação da cultura com suas diversas atividades, consideradas um aspecto a ser valorizado no trabalho em saúde. O conhecimento do usuário é importante para a orientação terapêutica na saúde, demandando a necessidade de apropriação pelo profissional desses conhecimentos para planejar a assistência⁵.

Frente a esse cenário, definiu-se como objetivo geral: avaliar o conhecimento dos profissionais das Equipes da ESF e do Programa Agentes Comunitários em Saúde (PACS), quanto às práticas tradicionais utilizadas pelas comunidades rurais no município de Benevides, estado do Pará.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva, desenvolvido com abordagem quantitativa, no município de Benevides, estado do Pará. A coleta de dados aconteceu no período de março a abril de 2015. Foram inseridas na pesquisa sete equipes da Estratégia Saúde da Família, localizadas em área rural, a saber: ESF Canutama; ESF Murinim I, ESF Murinim II; ESF Paraíso I; ESF Paraíso II; ESF Piçarreira; ESF Terceira Travessa. E duas equipes do PACS: PACS Paricatuba e PACS Taiassuí. Apesar de limitar as possibilidades de generalização, a análise das sete ESF permitiu avaliar o conhecimento dos profissionais das Equipes da

ESF e do Programa Agentes Comunitários em Saúde (PACS) em relação ao cotidiano das unidades no que diz respeito às práticas tradicionais de saúde em comunidades rurais.

O município de Benevides situa-se na mesorregião metropolitana de Belém às margens da BR316, distante 25 km da capital paraense, contempla área de 184.826 km², com população estimada de 57.393 habitantes de acordo com a última atualização censitária⁹. Possui 22 equipes da ESF registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, alcançando cobertura populacional de 90% da população urbana e 100% da rural para ações de atenção básica. Constituíram-se participantes do estudo 83 profissionais, sendo 72 da ESF e 11 do PACS. Desse total, 56 eram ACS, 8 Enfermeiros, 7 Médicos e 12 Técnicos de Enfermagem.

Os dados foram obtidos com auxílio de um instrumento denominado escala Likert baseado em preceitos de Rensis Likert¹⁰ e contextualizado para o cenário da Atenção Básica. As respostas de cada participante foram assinaladas de acordo com a opinião expressando a concordância em apenas um dos cinco itens oferecidos pela escala, sendo: (S) Sim; (P) Parcialmente e (N) Não para o questionamento do conhecimento dos profissionais a respeito da qualificação da equipe. Quanto à avaliação do serviço de saúde relacionado à valorização do saber local e das práticas tradicionais em saúde, ficou: (CT) Concordo Totalmente; (C) Concordo Parcialmente; (I) Indiferente; (DT) Discordo Totalmente e (DP) Discordo Parcialmente.

A coleta dos dados se efetivou no próprio local de trabalho dos participantes, de forma individual, com agendamento prévio, respeitando a dinâmica do trabalho e a privacidade do participante. Para tanto, foi feita a leitura de cada assertiva, pelo pesquisador, que registrava imediatamente as respostas de forma fidedigna. Cada instrumento recebeu codificação com numeração sequencial de acordo com as entrevistas.

Os dados foram armazenados em um banco por meio de planilhas eletrônicas, utilizando o *software* Microsoft Excel para criação das tabelas e posteriormente foram analisados por meio do pacote estatístico Biostat 5.0. Utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson para avaliar a significância da associação entre as variáveis do perfil socioprofissional e dos dados categóricos sobre a opinião dos profissionais, enquanto que para potencializar análise sobre opinião dos profissionais, usou-se o coeficiente de correlação de postos de Spearman (Rô de Spearman) que permitiu identificar a intensidade das variáveis ordinais, considerado o valor de $p \leq 0,05$ para os testes¹¹. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, parecer nº 967.520, e obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Benevides. Foi observada a recomendação ética da Resolução 466/2012, esclarecendo detalhes do estudo e solicitando assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados obtidos serão apresentados em quatro subitens na seguinte sequência: perfil socioprofissional; conhecimento dos profissionais a respeito da qualificação da equipe para atender a população; conhecimento dos profissionais quanto aos aspectos culturais relacionados às práticas diárias da equipe na comunidade; e avaliação que os profissionais fazem do serviço de saúde, no qual estão inseridos, na perspectiva de valorização do saber local e das práticas tradicionais em saúde.

Perfil socioprofissional

De acordo com a tabela 1, 89% (74) dos participantes eram do sexo feminino e 11% (9) do sexo masculino. Quanto à idade, houve predominância na faixa etária de 31-40 (47%) e 20-30 (36%), caracterizando assim profissionais jovens.

Quanto à categoria profissional, 68% (56) eram ACS, 14% (12) técnicos de enfermagem, 10% (8) enfermeiros e 8% (7) médicos. Em relação à escolaridade, 7% (6) possuíam ensino médio incompleto, 61% (51) ensino médio completo, 11% (9) ensino superior incompleto e 21% (17) ensino superior completo. Merece destaque o número significativo de 11 profissionais, entre ACS e técnicos de enfermagem, que possuem escolarização superior completo e incompleto.

No que se refere ao tempo de serviço em área rural, 23% (19) informaram ter menos de um ano de trabalho, 37% (31) entre 1 e 3 anos, 18% (15) entre 3 e 6 anos, 15% (12) entre 6 e 9 anos e 7% (6) 10 anos ou mais de atuação profissional em APS na área rural.

Tabela 1 – Perfil socioprofissional das equipes rurais de Atenção Primária em Saúde – Benevides/Pará, 2015

Variável	N = 83	%	Qui-Quadrado	P-Valor ⁽¹⁾
Sexo				
Feminino	74	89,2%	50,904	0,000
Masculino	9	10,8%		
Idade				
20-30	30	36,1%	69,470	0,000
31-40	39	47,0%		
41-50	10	12,0%		
51-60	3	3,6%		
60-80	1	1,2%		
Escolaridade				
Ensino Médio Incompleto	6	7,2%	61,916	0,000
Ensino Médio Completo	51	61,4%		
Ensino Superior Incompleto	9	10,8%		
Ensino Superior Completo	17	20,5%		

(Conclusão)

Variável	N = 83	%	Qui-Quadrado	P-Valor ⁽¹⁾
Categoria Profissional				
Agente Comunitário	56	67,5%	80,518	0,000
Enfermeiro	8	9,6%		
Médico	7	8,4%		
Técnico de Enfermagem	12	14,5%		
Tempo de Serviço				
Menos de 1 ano	19	22,9%	21,036	0,000
1-3 anos	31	37,3%		
3-6 anos	15	18,1%		
6-9 anos	12	14,5%		
10 anos e mais	6	7,2%		

Fonte: elaborada pelos autores

Qualificação Profissional

Segundo a tabela 2, houve equivalência nos dados entre os que afirmaram ter recebido orientações por ocasião de sua formação acadêmica para trabalhar com práticas tradicionais e aqueles que diziam não ter recebido orientações. Dos que receberam orientações, identificaram-se 43% (3) dos médicos, 38% (21) entre os ACS, 37% (3) dos enfermeiros e 25% (3) dos técnicos de enfermagem.

Ao questionar se acreditavam que a equipe de saúde recebeu orientações sobre essas práticas durante a formação acadêmica, 50% (28) dos ACS responderam sim e 23% (13) responderam parcialmente. Dessa forma, a maioria dos ACS acredita ser esta uma abordagem feita para os profissionais das equipes por ocasião do processo de formação. As demais categorias profissionais opinaram de forma divergente.

A busca por qualificação profissional para melhor assistir à população foi referida pela maioria das categorias profissionais: 92% (48) dos ACS; 86% (6) dos médicos; 76% (6) dos enfermeiros; e 75% (9) dos técnicos de enfermagem.

Ao opinarem a respeito do grau de informação que possuem ser suficiente para trabalhar em comunidades rurais, obteve-se resposta afirmativa de 57% (4) dos médicos. 32% (18) dos ACS, 25% (2) dos enfermeiros e 8% (1) dos técnicos de enfermagem. E ao avaliarem o grau de informação da equipe na sua totalidade, em relação à qualificação para o trabalho com práticas tradicionais, os valores se elevam alcançando 41% (5) dos técnicos de enfermagem e 37% (21) dos ACS. Entre os médicos identificou-se redução no percentual em relação à autoavaliação (tabela 2).

Com relação às capacitações e treinamentos recebidos, visando facilitar a comunicação entre a equipe de saúde e a população assistida, 67 profissionais responderam que receberam capacitações, correspondendo à maioria dos participantes. Os ACS e técnicos de enfermagem foram os profissionais que tiveram mais oportunidade de participar de treinamentos (tabela 2).

Tabela 2 – Opinião dos profissionais da Atenção Primária em Saúde em relação à qualificação profissional das equipes de saúde – Benevides/Pará, 2015

Profissionais de Saúde												
Endemias (N=56)			Técnico de Enfermagem (N=12)			Enfermeiro (N=8)			Médico (N=7)			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Qui-Quadrado	P-valor ⁽¹⁾	Rô de Spearman ⁽²⁾
Em minha formação fui orientado para trabalhar com práticas tradicionais de saúde												
Sim	21	37,5%	3	25,0%	3	37,5%	3	42,9%				
Não	18	32,1%	8	66,7%	1	12,5%	3	42,9%	9,141	0,166ns		-0,021
Parcialmente	17	30,4%	1	8,3%	4	50,0%	1	14,3%				
Acredito que a equipe que integro recebeu em sua formação orientações quanto ao trabalho com práticas tradicionais em saúde												
Sim	28	50,0%	2	16,7%	1	12,5%	2	28,6%				
Não	15	26,8%	9	75,0%	4	50,0%	2	28,6%	14,541	0,024		0,230
Parcialmente	13	23,2%	1	8,3%	3	37,5%	3	42,9%				
A equipe de Estratégia Saúde da Família que integro procura se qualificar para melhor assistir estas comunidades												
Sim	48	85,7%	9	75,0%	6	75,0%	6	85,7%				
Não	4	7,1%	1	8,3%	1	12,5%	0	0,0%	2,599	0,695ns		0,091
Parcialmente	4	7,1%	2	16,7%	1	12,5%	1	14,3%				
Acredito que apresento o grau de informação suficiente para trabalhar com comunidades rurais no que se refere às práticas de cura e/ou ritos que utilizam												
Sim	18	32,1%	1	8,3%	2	25,0%	4	57,1%				
Não	13	23,2%	7	58,3%	0	0,0%	2	28,6%	15,729	0,015		-0,021
Parcialmente	25	44,6%	4	33,3%	6	75,0%	1	14,3%				
Acredito que a equipe de que faço parte apresenta o grau de informação suficiente para trabalhar com populações rurais, principalmente no que se refere às práticas de cura e ritos que utilizam												

(Conclusão)

	Profissionais de Saúde												Qui-Quadrado	P-valor ⁽¹⁾	Rô de Spearman ⁽²⁾	
	Endemias (N=56)			Técnico de Enfermagem (N=12)			Enfermeiro (N=8)			Médico (N=7)						
	N	%		N	%		N	%		N	%					
Sim	21	37,5%	5	41,7%	2	25,0%	3	42,9%								
Não	13	23,2%	5	41,7%	1	12,5%	0	0,0%								
Parcialmente	21	37,5%	2	16,7%	5	62,5%	4	57,1%					9,873	0,541ns	0,031	
Não respondeu	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%								
Recebemos capacitações e treinamentos para facilitar a comunicação entre a equipe de saúde e comunidade assistida	49	87,5%	11	91,7%	5	62,5%	2	28,6%								
Sim	1	1,8%	1	8,3%	1	12,5%	2	28,6%								
Não	6	10,7%	0	0,0%	2	25,0%	3	42,9%					16,917	0,042	0,302	

Fonte: elaborada pelos autores

Associação Cultural

De acordo com a tabela 3, a quase totalidade dos participantes (98% n = 83) informou ter facilidade para se comunicar com os moradores das comunidades nas quais trabalham, assim como têm percebido boa aceitação da equipe por parte da população no território (96% n = 80).

A prática diária na ESF e PACS permitiu a 83% (69) dos participantes observarem a utilização de práticas tradicionais e rituais de cura nas comunidades, 11% (9) discordaram e 6% (5) não opinaram. Dentre as categorias profissionais, os enfermeiros apresentaram menor percentual de concordância com a assertiva, tendo em vista que a somatória dos valores correspondentes a concordo totalmente/concordo foi de 63% (n= 5).

Os participantes avaliaram as práticas tradicionais de cura como sendo inferiores à biomedicina, identificando-se maior expressividade na categoria médica (57% n = 4). É oportuno ressaltar os valores significativos relativos aos que se mostraram indiferentes. Não obstante, na opinião expressa anteriormente, os participantes reconhecem que a relação com os usuários proporciona aprendizado em 86% (54) dos ACS, 100% (12) dos técnicos de enfermagem, 87% (7) dos enfermeiros e 86% (6) dos médicos.

Os participantes informaram conduta respeitosa ao saber local que remete às práticas culturais em saúde. Dentre as categorias profissionais, a totalidade dos ACS e enfermeiros (n= 56 e n = 8, respectivamente) concordou totalmente/concordou, 92% (11) dos técnicos de enfermagem, da mesma forma, concordaram totalmente/concordaram e entre os médicos a concordância foi de 73% (5). Esses dados mostraram significância estatística (p valor-0,01). A opção pela prescrição de cuidados terapêuticos biomédicos associados às práticas tradicionais presentes nas comunidades foi identificada em 71% (40) dos ACS e em 62% (5) dos enfermeiros. Dentre os médicos somente 29% (2) informaram que associavam os conhecimentos tradicionais com a medicina alopática; entre os técnicos de enfermagem, 33% (4) referiram tal conduta.

No âmbito da comunidade há aceitação plena às práticas biomédicas indicadas pela equipe de saúde. De acordo com os participantes, 73% (41) dos ACS, 67% (8) dos técnicos de enfermagem, 90% (8) dos enfermeiros e 72% (5) dos médicos opinaram que os cuidados oriundos da biomedicina são adotados pelos moradores de acordo com a orientação da equipe de saúde.

Tabela 3 – Opinião dos profissionais de equipes rurais da Atenção Primária em Saúde a respeito da valorização do saber local nas práticas de saúde – Benevides/Pará, 2015

Profissionais de Saúde												Rô de Spearman ⁽²⁾
Endemias (N=56)		Técnico de Enfermagem (N=12)		Enfermeiro (N=8)		Médico (N=7)		Qui-Quadrado	p-valor ⁽¹⁾	Rô de Spearman ⁽²⁾		
N	%	N	%	N	%	N	%				N	%
Considero que tenho facilidade em me comunicar com as comunidades nas quais trabalho.												
CT	40	71,4%	10	83,3%	4	50,0%	4	57,1%				
C	16	28,6%	2	16,7%	4	50,0%	2	28,6%				
I	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	7,680	0.766ns		0,0945
D	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
DT	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
Considero que sou facilmente aceito pelos membros da comunidade em que trabalho												
CT	24	42,9%	8	66,7%	3	37,5%	5	71,4%				
C	29	51,8%	4	33,3%	5	62,5%	2	28,6%				
I	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6,08	0.544ns		-0,1645
D	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
DT	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
Durante esses anos tenho observado práticas tradicionais e rituais de curas desenvolvidos nas comunidades.												
CT	15	26,8%	7	58,3%	2	25,0%	6	85,7%				
C	32	57,1%	4	33,3%	3	37,5%	0	0,0%				
I	1	1,8%	1	8,3%	3	37,5%	0	0,0%	30,045	0.024		-0,2163
D	5	8,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%				
DT	3	5,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
Não vejo as práticas tradicionais de saúde como inferiores às práticas biomédicas												

(Continuação)

Profissionais de Saúde												
	Endemias (N=56)		Técnico de Enfermagem (N=12)		Enfermeiro (N=8)		Médico (N=7)		Qui-Quadrado	p-valor ⁽¹⁾	Rô de Spearman ⁽²⁾	
	N	%	N	%	N	%	N	%				
CT	3	5,4%	4	33,3%	0	0,0%	0	0,0%				
C	23	41,1%	2	16,7%	4	50,0%	1	14,3%				
I	10	17,9%	1	8,3%	1	12,5%	2	28,6%	16,676	0.031	0,0589	
D	15	26,8%	3	25,0%	2	25,0%	4	57,1%				
DT	5	8,9%	2	16,7%	1	12,5%	0	0,0%				
Procuro sempre aprender com meus pacientes												
CT	33	58,9%	7	58,3%	5	62,5%	5	71,4%				
C	21	37,5%	5	41,7%	2	25,0%	1	14,3%				
I	1	1,8%	0	0,0%	1	12,5%	1	14,3%	6,377	0.721ns	-0,0283	
D	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
DT	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
Respeito às práticas culturais e individuais de cada paciente												
CT	39	69,6%	11	91,7%	6	75,0%	4	57,1%				
C	17	30,4%	0	0,0%	2	25,0%	1	14,3%				
I	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	18,818	0.043	-0,0084	
D	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	1	14,3%				
DT	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				

(Conclusão)

		Profissionais de Saúde												Rô de Spearman ⁽²⁾
		Endemias (N=56)		Técnico de Enfermagem (N=12)		Enfermeiro (N=8)		Médico (N=7)		Qui-Quadrado	p-valor ⁽¹⁾			
		N	%	N	%	N	%	N	%			N	%	
Associo práticas ditas populares em meus cuidados														
CT		8	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%			
C		32	57,1%	4	33,3%	5	62,5%	2	28,6%	2	28,6%			
I		3	5,4%	0	0,0%	1	12,5%	1	14,3%	1	14,3%			
D		7	12,5%	2	16,7%	2	25,0%	2	28,6%	2	28,6%	29,927	0,038	
DT		2	3,6%	6	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%			
NR		4	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%			
Os pacientes apresentam total aceitação ao cuidado biomédico proposto pela equipe de saúde														
CT		9	16,1%	6	50,0%	3	37,5%	2	28,6%	2	28,6%			
C		32	57,1%	2	16,7%	5	62,5%	3	42,9%	3	42,9%			
I		1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%			
D		12	21,4%	4	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	25,657	0,041*	
DT		2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%			
NR		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%			

Nota: Concorde Totalmente (CT); Concorde (C); Indiferente (I); Discordo (D); Discordo Totalmente (DT); Não respondeu (NR)

Fonte: elaborada pelos autores

Avaliação Profissional

De acordo com a totalidade dos participantes, há interação profissional entre a equipe de saúde e os usuários, tendo sido evidenciado nas respostas ao assinalarem concordo totalmente/concordo para a assertiva correspondente, com significância estatística (p-valor 0,04). Ao opinarem a respeito da responsabilização à equipe de saúde pelo sucesso ou fracasso aos desfechos terapêuticos, identificou-se que 29% (2) dos médicos, 25% (3) dos técnicos de enfermagem, 24% (2) dos enfermeiros e 23% (13) dos ACS concordaram totalmente ou concordaram. Portanto, a maioria discorda da afirmação remetendo ao usuário exclusivamente a responsabilidade pelos seus tratamentos de saúde (tabela 4).

Houve unanimidade entre eles de que o serviço ofertado às comunidades rurais precisa ser mais qualificado e consideraram ainda que o atendimento a esses usuários deve contemplar a articulação do saber nativo com o saber biomédico, conforme 86% (6) dos médicos, 80% (45) dos ACS, 75% (7) dos técnicos de enfermagem e 63% (5) dos enfermeiros.

Dessa forma, 98% (82) dos participantes avaliaram que o entrelaçamento das ciências sociais com as ciências biológicas favorece melhor assistência à saúde, pois oportuniza a valorização da cultura local com ações terapêuticas sustentadas nas ciências médicas (p-valor 0,04) (tabela 4).

Tabela 4 – Opinião dos profissionais da Atenção Primária em Saúde na área rural a respeito da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva cultural – Benevides/Pará, 2015

Profissionais de Saúde												
Endemias (N=56)		Técnico de Enfermagem (N=12)				Enfermeiro (N=8)		Médico (N=7)		Qui-Quadrado	P-valor ⁽¹⁾	Rô de Spearman ⁽²⁾
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
No local em que trabalho há interação profissional-usuário												
CT	22	39,3%	9	75,0%	6	75,0%	4	57,1%				
C	33	58,9%	3	25,0%	2	25,0%	3	42,9%				
I	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8,384	0.046	-0,2731	
D	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
DT	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
Atribuo aos profissionais de saúde o sucesso ou fracasso nos desfechos das terapêuticas												
CT	3	5,4%	1	8,3%	1	12,5%	0	0,0%				
C	10	17,9%	2	16,7%	1	12,5%	2	28,6%				
I	2	3,6%	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%				
D	36	64,3%	8	66,7%	3	37,5%	4	57,1%	13,086	0.073ns	0,01965	
DT	5	8,9%	1	8,3%	2	25,0%	0	0,0%				
NR	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%				
Reconheço que muito ainda se tem a contribuir para um melhor atendimento às comunidades rurais												
CT	38	67,9%	11	91,7%	6	75,0%	7	100,0%				
C	17	30,4%	1	8,3%	2	25,0%	0	0,0%				
I	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7,999	0.854ns	-0,2268	
D	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
DT	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				
NR	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%				

(Conclusão)

Profissionais de Saúde											
Endemias (N=56)		Técnico de Enfermagem (N=12)		Enfermeiro (N=8)		Médico (N=7)		Qui-Quadrado	P-valor ⁽¹⁾	Rô de Spearman ⁽²⁾	
N	%	N	%	N	%	N	%				
As articulações entre as práticas nativas e as práticas biomédicas melhoram o serviço.											
CT	10	17,9%	4	33,3%	2	25,0%	3	42,9%			
C	35	62,5%	5	41,7%	3	37,5%	3	42,9%			
I	3	5,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%			
D	7	12,5%	1	8,3%	3	37,5%	0	0,0%	20,333	0.024	-0,0507
DT	1	1,8%	2	16,7%	0	0,0%	0	0,0%			
NR	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%			
As ações profissionais que entrelaçam as ciências sociais e as ciências biológicas favorecem uma melhor assistência											
CT	31	55,4%	10	83,3%	4	50,0%	6	85,7%			
C	25	44,6%	2	16,7%	3	37,5%	1	14,3%			
I	0	0,0%	0	0,0%	1	12,5%	0	0,0%	10,442	0.037	-0,1527
D	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%			
DT	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%			

Nota: Concorde Totalmente (CT); Concorde (C); Indiferente (I); Discordo (D); Discordo Totalmente (DT); Não respondeu (NR)

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

Em geral as equipes da ESF estão constituídas em sua maioria por ACS que somadas àqueles do PACS alcançaram 68% (56) do total de participantes. Nessa perspectiva, os ACS são responsáveis por estabelecer o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, mediando as demandas da população e as respostas da equipe no processo de promoção à saúde, assim como encaminhando ao sistema questões debatidas a comunidade¹¹.

Os ACS são importantes para reorientação aos modelos de atenção à saúde¹², sendo um dos principais profissionais da atenção primária a realizarem a interceção entre os saberes científicos e os populares, com intuito de compreender e propor soluções para as especificidades de um determinado território¹³.

Estudo¹³ realizado no município de Santa Maria/RS, ao buscar compreender as percepções e motivações dos agentes comunitários, identificou que ações desses profissionais são fundamentais para que o Sistema Único de Saúde funcione de forma a fortalecer as ações das Estratégias de Saúde da Família. Embora muitos compreendam a relevância do seu trabalho, sentem-se desmotivados e pouco reconhecidos pelas ações que realizam pelos outros membros da equipe de saúde e pela própria comunidade.

Destacam-se como pontos que afetam o desempenho dos ACS: a precarização do vínculo de trabalho; baixa qualificação de cursos técnicos; e a falta de investimento para a realização de educação permanente. Essa situação se deve em parte ao surgimento recente da categoria profissional, ano de 1976, porém só reconhecida com a Lei 11.350 em 2006, que assegura o acesso do ACS na atenção básica por meio de processo seletivo. Porém, muitas prefeituras mantêm características de contratação por tempo determinado, como moeda de troca política, o que ocasiona contratação sem os atributos necessários para o cargo¹⁴.

Apesar dessas dificuldades em relação à falta de estruturas físicas de trabalho, sobrecarga de atividades e falta de valorização do trabalho, outro estudo¹⁵ relata que esses profissionais buscam fazer adequações necessárias a cada situação encontrada, conciliando conhecimentos pessoais e práticas alternativas que fazem parte do seu universo cultural. Além dos ACS, outros profissionais que compõe a ESF influenciam, também, o cotidiano de trabalho, com seu universo cultural. Muitas vezes, as vivências da equipe multiprofissional são repassadas para comunidade com a finalidade de solucionar problemas da realidade local.

Ao analisar os dados, observou-se que a maioria dos participantes buscou capacitações, assim como uma relevante parcela recebeu treinamentos para o serviço, entretanto, parte da equipe referiu não valorizar os conhecimentos das práticas tradicionais adotadas pela comunidade.

De acordo com a literatura, este parece ser o modelo de prática educativa predominante em que esse tipo de ação educativa é baseado apenas no repasse

de informações, atitudes e comportamentos corretos para serem seguidos pela comunidade¹⁷. Diante dessa persistência desse modelo biomédico, Trovo¹⁸ enfatiza que as concepções de educação voltadas a ações preventivas que tenham objetivo mudar comportamentos e estilos de vida limitam as transformações as condições de saúde de uma comunidade.

Ao avaliar a opinião dos profissionais quanto às práticas tradicionais serem inferiores à biomédica, constatou-se que a categoria médica apresentou uma posição mais “incisiva” em não compreender a importância dos saberes populares. Essa dificuldade na comunicação entre os saberes justifica-se pela sobreposição do saber médico aos conhecimentos tradicionais, porém, para garantia de integralidade das ações, faz-se necessário reconhecer o usuário em suas singularidades através do compartilhamento dos conhecimentos¹⁹.

É possível atribuir tal situação ao processo de formação acadêmica que não contempla tais conhecimentos. Isso corresponde ao estudo que comprova que o conhecimento das “terapias complementares/alternativas” se dá por meio do senso comum, e que quase não ocorre discussão do assunto na formação de muitos profissionais. Trata-se de um conhecimento que permanece restrito às comunidades e pouco ou quase nunca se discute com os acadêmicos⁴.

Ainda se observa muita resistência, por parte dos profissionais de saúde, em compreender a importância da competência cultural, pois exige pensar em processos de saúde-doença diferentes do que foi ensinado nas salas de aulas. Diante disso, é necessário não só o treinamento para sensibilidade cultural e conhecimentos teóricos e práticos sobre cuidado para populações tradicionais, mas também deve ser incorporado com mais ênfase o assunto, sobretudo, nos currículos dos programas de residência em medicina de família em comunidade^{16,17}.

Quanto ao fato de os cuidados terapêuticos serem utilizados em associação da biomedicina e das práticas presentes na comunidade, identificou-se um cuidado da equipe de enfermagem e dos ACS em preservar a integridade dos moradores. Assim o acompanhamento da evolução satisfatória se dava pela resposta positiva do organismo do doente. Isso já ratifica os profissionais acreditarem que os moradores aceitam de forma plena os cuidados biomédicos de acordo com as orientações das equipes, mesmo utilizando suas práticas tradicionais, denotando respeito ao saber popular como observado em outros estudos¹⁸.

Em relação ao sucesso ou fracasso das terapêuticas, os que concordaram que depende do profissional justificaram que a abordagem perante o usuário faria toda a diferença, respeitando a sua cultura e seus costumes. O profissional teria mais liberdade em repassar uma conduta ou tratamento, obtendo maior eficácia, favorecendo o diálogo e permitindo que o próprio usuário faça suas práticas de cura. Os que discordaram justificaram que caberia não somente ao profissional, mas também ao usuário, o sucesso

ou o fracasso da terapêutica, pois tudo dependeria do mesmo em seguir o tratamento proposto pelo profissional ainda que utilizando suas práticas tradicionais^{17,11}.

Portanto, mais do que achar uma prática superior à outra, os profissionais e os usuários precisam estar integrados e, para que isso aconteça, faz-se necessário investir em educação popular, aproximar as equipes de saúde dos conhecimentos das comunidades nas quais estão inseridas, assim como fornecer subsídios e materiais técnico-instrucionais para dar suporte à equipe³. Merece destaque a participação mais expressiva dos ACS no contato com a comunidade, remetendo a eles maior desafio para articular os saberes cultural e profissional, muito embora seja um compromisso de toda a equipe de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou avaliar os conhecimentos dos profissionais das equipes de ESF e PACS sobre as práticas tradicionais utilizadas pelas comunidades rurais e suas associações com a biomedicina. Identificou-se que essas práticas estão relacionadas às suas próprias ações nas comunidades e que as articulações se mostram fortalecidas contribuindo para que o usuário valorize as práticas ofertadas pelo sistema oficial.

Espera-se que este estudo traga benefícios para a comunidade acadêmica a exemplo de informações importantes para subsidiar o ensino, para que a equipe de saúde possa avaliar suas práticas a partir da ótica dos resultados e implementá-las na rotina do serviço, bem como para a comunidade científica, tendo em vista que trará subsídios para novos estudos. Poderá ainda oferecer contribuição para as políticas públicas na perspectiva de qualificar a assistência à saúde para populações rurais, bem como apontar os entraves existentes mesmo com uma política já formulada para essa realidade.

Por fim, apresentamos como sugestão que os cursos da área da saúde contemplem em seus conteúdos curriculares, tanto na graduação como na pós-graduação, abordagem das práticas complementares e alternativas. Essa necessidade se faz mais presente na região amazônica, principalmente no estado do Pará, que possui grande diversidade de povos tradicionais e comunidades rurais.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa B. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. [citado 2020 jul 13]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

2. BRASIL. Política de Atenção Básica [Internet]. 2012 [citado 2020 jul 13]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
3. Barros NF de, Francisco PMSB, Sousa LA de. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 13]; 36(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000607002&tlng=pt.
4. Barros NF de, Spadacio C, Costa MV da. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 set [citado 2020 jul 13]; 42(spe1):163–73. Disponível em: <https://orcid>.
5. De Sousa IMC, Tesser CD. Traditional and complementary medicine in Brazil: Inclusion in the brazilian unified national health system and integration with primary care. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(1).
6. Ruela L de O, Moura C de C, Gradim CVC, Stefanello J, Lunes DH, do Prado RR. Implementation, access and use of integrative and complementary practices in the unified health system: A literature review. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(11):4239–50.
7. Wiesener S, Salamonsen A, Fønnebø V. Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe? *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2018 Jan 10 [cited 2020 Jul 13]; 18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29321023/>.
8. Josyula KL, Sheikh K, Nambiar D, Narayan VV, Sathyanarayana TN, Porter JDH. “Getting the water-carrier to light the lamps”: Discrepant role perceptions of traditional, complementary, and alternative medical practitioners in government health facilities in India. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2020 Jul 13];166:214–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27575933/>
9. IBGE. Benevides (PA) | Cidades e Estados | IBGE [Internet]. 2010 [citado 2020 Jul 13]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/benevides.html>.
10. Cummins RA, Gullone E. Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. *Proceedings Second International Conference on Quality of Life in Cities. Proc Second Int Conf Qual Life Cities* [Internet]. 2000;74–93. Available from: <http://vhost47.hosted-sites.deakin.edu.au/iwbg/wellbeing-index/qol-in-cities-likert-scales-2000.doc>.
11. Mauro José Fontelles. *Bioestatística Aplicada à Pesquisa Experimental*. 2012. 1–420, ISBN 9788578611378 p.
12. Secco AC, Rodrigues PM, Ledur CS, Zanatta E, Mozzaquatro CO, Arpini DM. Continuing Education in Health with Community Workers: a Project of Health Promotion. *Gerais Rev Interinstitucional Psicol* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 13]; 13(1):1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130108>.

13. França LS, Alves de Macedo CM, Lima JDJP, Silva JM, Almeida MB, Vieira SNS. O O que está errado? Percepção dos agentes comunitários de saúde e endemias sobre o combate ao aedes aegypti. Enfermería actual en Costa Rica [Internet]. 2019 dec 2 [citado 2020 jul 13]; 38(38):2511–4775. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100061&lng=en&nrm=iso&lng=pt.
14. Sefrin Speroni K, Alberto Fruet IM, De Lima Dalmolin G, Soares de Lima SB. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. Rev Cuid [Internet]. 2016 jul 1 [citado 2020 jul 13];7(2):1325. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338doi:http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338>.
15. Aguiar RG de, Viana RRF, Silveira NA, Brito GDC, Carvalho AA. Qualidade de Vida no Trabalho do Agente comunitário de saúde. Cad Educ Saúde e Fisioter [Internet]. 2019 maio 15 [citado 2020 jul 13]; 5(9):42–51. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/898>.
16. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e Insatisfações no Trabalho do Agente comunitário de Saúde. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 mar 30 [citado 2020 jul 13]; 15(1). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17143>.
17. Watt K, Abbott P, Reath J. Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. BMC Fam Pract [Internet]. 2016 Nov 15 [cited 2020 Jul 13];17(1):1–11. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0560-6>.
18. Gouveia EAH, Silva R de O, Pessoa BHS. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2019 [citado 2020 jul 13]; 43(1 suppl 1):82–90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>.
19. Trovo MM, da Silva MJ, Leão ER. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003 jul [citado 2020 jul 13];11(4):483–9. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf.

Submissão: junho de 2017.

Aprovação: julho de 2020.