

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DAVIDSON GONZAGA TONELLI

**SAÚDE DO IDOSO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DE
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2013

DAVIDSON GONZAGA TONELLI

**SAÚDE DO IDOSO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2013

DAVIDSON GONZAGA TONELLI

**SAÚDE DO IDOSO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em atenção básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Cabral Grillo

LAGOA SANTA- MINAS GERAIS

2013

DAVIDSON GONZAGA TONELLI

**SAÚDE DO IDOSO: ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DE
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em atenção básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Cabral Grillo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Cabral Grillo – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte em: 26 de junho de 2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, Pai de infinita bondade, que me permite a existência.

A Jesus, o Mestre dos mestres, Médico Excelso de homens e de almas - Amigo, Guia e Modelo.

Aos Espíritos amigos por me ensinarem, pacientemente, tudo que sei sobre a Vida e o viver.

Aos meus pais, por me indicarem o melhor caminho a seguir – o da Honra, o do Trabalho e o da Honestidade.

À Odontologia, profissão de inestimável valor à Humanidade.

À Profa. Dra. Maria José Cabral Grillo pelo carinho, paciência e exemplo de profissionalismo.

Aos profissionais de saúde do PSF de Ipoema.

À comunidade de Ipoema.

"Primeiro, o médico deve ter o sentido do amor e da benevolência, sem ambicionar fama nem benefícios. Deve seguir o exemplo dos médicos excelentes da antigüidade, aprofundando-se na teoria e na capacitação; renunciar à riqueza e à fama; ser misericordioso e tomar como missão socorrer aos pacientes, não hesitando em oferecer sua vida a este desígnio.

Segundo, o médico deve dar igual tratamento ao seu próximo, a nobres e a humildes. Se alguém lhe pede ajuda, deve atender com entusiasmo, como a um ser querido, e atendê-lo no que for possível; não importando que seja rico ou pobre, velho ou moço, bonito ou feio, inteligente ou nécio, amigo ou inimigo, parente ou desconhecido, chinês ou estrangeiro.

Terceiro, o médico deve dar o melhor de sí pelo paciente, em lugar de temer o trabalho ou as dificuldades. Enquanto o assiste, não deve pensar quer nos riscos que pode correr, quer no êxito que pode alcançar; quer na perda da fama, quer no benefício pessoal. Deve considerar o sofrimento do paciente como se fora o seu próprio. "Ainda que tenha de visitá-lo em um lugar distante e a viagem seja perigosa, deve ir prontamente, de dia ou de noite, no verão ou no inverno, com sede, fome ou cansaço."

Sun Si Miao (581-682 d.C).

Médico chinês.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma alternativa de abordagem terapêutica aos problemas de saúde mais comuns ao idoso, sob o ponto de vista da acupuntura e da homeopatia. Por meio de uma revisão narrativa dos conteúdos pesquisados, procura-se demonstrar a pertinência da implantação, ainda que em caráter experimental, dessas práticas integrativas no SUS de Itabira-MG como opção terapêutica viável à gestão municipal. Após essa revisão pode-se concluir que apesar da atual escassez de trabalhos direcionados ao tema desta pesquisa, a implantação dessas terapêuticas pode ser uma opção viável ao município porque apresenta baixo custo e forte potencial preventivo e curativo quando aplicadas aos principais agravos próprios da faixa etária acima referida.

Palavras-chave: políticas públicas; terapias complementares; medicina tradicional chinesa; medicina complementar; terapia alternativa; acupuntura; homeopatia; idoso; gerontologia; geriatria.

ABSTRACT

This paper presents an alternative therapeutic approach to health problems common to the elderly, from the point of view of acupuncture and homeopathy. Through a narrative review of the contents researched, sought to demonstrate the relevance of the deployment, albeit on a trial basis, these integrative practices in SUS Itabira-MG viable treatment option for municipal management. After this review it can be concluded that despite the current lack of studies directed to the subject of this research, the implementation of these therapies may be a viable option because the municipality has low cost and strong potential preventive and curative when applied to the main grievances of their own age above.

Keywords: public policy; complementary therapies, traditional Chinese medicine, complementary medicine, alternative therapy, acupuncture, homeopathy, elderly, gerontology, geriatrics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO.....	15
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5. 1 Histórico da normatização das práticas integrativas no Sistema Único de Saúde brasileiro.....	17
5.2 Breve histórico da medicina tradicional chinesa.....	20
5. 2.1 Acupuntura	23
5.3 Alguns dados históricos sobre a homeopatia.....	28
6. AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E SUA APLICABILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO IDOSO	31
6.1 Acupuntura: opção de abordagem preventiva e terapêutica ao idoso	33
6.2 Homeopatia: opção de abordagem preventiva e terapêutica ao idoso	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE	51

1 INTRODUÇÃO

Ipoema é um distrito da zona rural de Itabira, Minas Gerais, fundado em 1893 e localizado a 86 km da capital, Belo Horizonte. O distrito é rico em atrativos naturais e, por estar localizado entre Ouro Preto e Diamantina, tornou-se uma das mais importantes vertentes da chamada “Estrada Real”.

A principal atividade econômica do distrito é a agropecuária familiar e de subsistência. Outras formas de ocupação decorrem de empregos diretos ou indiretos, gerados em âmbito público ou privado. No âmbito privado, a maioria dos empregos decorre da prestação de serviços decorrentes do ecoturismo.

Sua população atinge a marca de 2.668 habitantes, concentrada predominantemente nas comunidades rurais. São 843 famílias cadastradas pelo sistema local de saúde que adota as diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo seus princípios doutrinários e gerenciais para a assistência à população. Existem 1.351 homens e 1.317 mulheres, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Em 2011, por meio de “Diagnóstico Situacional” do Distrito, realizado pelos alunos do Internato Rural e reelaborado pelo enfermeiro e por mim, constatou-se a quase inexistência de um sistema de saneamento básico e tratamento de água, alto índice de analfabetismo e desemprego, pirâmide etária invertida, altos níveis de adoecimento mental da população, ausência de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas para grupos específicos da população tais como crianças, idosos, mulheres, hipertensos e diabéticos (Anexo 1).

A partir de então, a equipe de saúde vem empreendendo esforços para minimizar tal situação, organizando ações voltadas para saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente e saúde bucal. Porém, também, há necessidade de ações específicas voltadas à Saúde do Idoso, visto que tal grupo de usuários abrange cerca de 18,06%

da população adscrita ao PSF-Ipoema. Assim, no momento da realização desse trabalho, a ausência de ações de saúde direcionadas à população idosa em Ipoema foi considerada como problema prioritário.

No decorrer do processo de envelhecimento natural do corpo, o ser humano se vê cada vez mais exposto a vários tipos de agravos. Tais agravos foram reunidos em cinco grandes grupos denominados, em conjunto, os gigantes da geriatria. A prevenção, diagnóstico, manejo e tratamento desses problemas demandam ações de caráter multiprofissional e envolvem toda a equipe de saúde em sua resolução.

Na nossa atual conjuntura, o problema “saúde do idoso” é abordado em seus aspectos apenas curativos ou paliativos. Em Ipoema, a constante ineficácia de ações isoladas e focadas apenas em abordagens curativas, que muitas vezes pioram o estado geral do paciente idoso, vem demonstrando que, para esse grupo, se fazem necessárias ações preventivas e não centradas no uso indiscriminado de medicamentos.

No decorrer do processo de envelhecimento natural do corpo, o ser humano se vê cada vez mais exposto a vários tipos de agravos. Tais agravos foram reunidos em cinco grandes grupos denominados, em conjunto, os gigantes da geriatria. A prevenção, diagnóstico, manejo e tratamento desses problemas demandam ações de caráter multiprofissional e envolvem toda a equipe de saúde em sua resolução.

Portanto, a par dessa situação, faz-se urgente a promoção de ações com vistas à resolução dos problemas sanitários a que tal grupo de usuários se vê naturalmente exposto em decorrência do processo de envelhecimento físico.

É neste cenário de ineficácia do atual modelo de abordagem à saúde do idoso, praticado no âmbito de nossa adscrição - modelo esse centrado apenas na prática puramente curativa e sintomática - que a adoção de ações de saúde baseadas nos princípios que norteiam as chamadas Práticas Integrativas e Complementares – Acupuntura e Homeopatia - passa a ser considerada uma alternativa. A hipótese é

de que essas práticas poderiam facilitar a adesão ao tratamento de doenças crônicas, proporcionar ao usuário idoso terapêuticas mais resolutivas, de adesão mais fácil, de baixo custo aos cofres públicos, praticamente livres de contraindicações e que poderiam ser utilizadas concomitantemente aos tratamentos convencionais.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo abre a possibilidade de ampliar meus conhecimentos, pois focará a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, quais sejam, a Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura) e a Homeopatia. Abre, também, a possibilidade de tornar minha prática profissional mais integrada às atividades e saberes dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde na qual estou inserido, pois permitirá um espaço de reflexão externo ao tradicional espaço do consultório odontológico.

Definidas como política por meio da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006), essas práticas têm sido pouco difundidas. Apesar de constar na Portaria a recomendação de que Secretarias de Saúde, Estaduais e Municipais, implantem e implementem ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares, muitos gestores, profissionais e usuários ainda desconhecem suas possibilidades.

Em Ipoema, bem como em todo o município itabirano, a única atualmente presente, que possui caráter bastante incipiente é a prática corporal denominada Lian Gong.

O Lian Gong é oferecido de forma não institucionalizada por iniciativa de uma profissional fisioterapeuta do município.

Desse modo, qualquer esforço para difundir práticas milenares como a Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia, o Termalismo Social/Crenoterapia e outras devem ser bem vindas. Contudo, é preciso fundamentação teórica para a construção de argumentos que mobilizem os profissionais da ponta e, principalmente, os gestores, para que elas venham a ser uma realidade em nosso sistema público de saúde.

A expectativa é de que esse trabalho tenha como resultado subsídios para que se possa pleitear a oferta dessas terapêuticas complementares e práticas integrativas

às autoridades municipais, com bons argumentos. Entre as vantagens que se espera sejam evidenciadas na literatura pode-se citar a diminuição do uso de medicamentos, redução do aparecimento de novos agravos e incentivo a mudança de hábitos para melhor qualidade de vida.

Para os usuários, esse trabalho abrirá a possibilidade de se pleitear, frente ao gestor do serviço, a oferta dessas terapêuticas complementares/práticas integrativas como opção uma terapêutica viável.

Quanto à equipe de saúde, os profissionais poderão disponibilizar aos seus pacientes mais um recurso terapêutico que os fará abordar cada usuário como uma unidade indissociável evitando desse modo criar ações voltadas para a doença ao invés de dirigi-las ao doente, que procura alívio e socorro para seus males.

Do ponto de vista pessoal, esse estudo abre a possibilidade de tornar minha prática profissional mais integrada às atividades e saberes dos outros profissionais que compõem a equipe de saúde na qual estou inserido, pois permitirá um espaço de reflexão externo ao tradicional espaço do consultório odontológico.

3 OBJETIVO

Fundamentar a pertinência da operacionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde de Itabira/MG como forma de abordagem terapêutica ao usuário Idoso.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para consecução do objetivo proposto, foi realizada uma análise de produção científica, por meio de revisão narrativa dos conteúdos pesquisados sobre o tema proposto neste trabalho. Foram buscados documentos publicados no período de janeiro de 1990 até julho de 2012.

Foram pesquisados somente trabalhos científicos e documentos oficiais publicados em língua portuguesa, no Brasil e em Portugal, pois nesses países a abordagem das práticas terapêuticas complementares nos serviços de saúde pública é semelhante do ponto de vista legal e operacional. As bases de dados utilizadas foram aquelas disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde – SCIELO, LILACS, MEDLINE, PUBMED – e no Google científico, livros, impressos e sites de instituições formadoras e representativas.

Foram utilizados os seguintes descritores: políticas públicas; terapias complementares; medicina tradicional chinesa; medicina complementar; terapia alternativa; acupuntura; homeopatia; idoso; gerontologia; geriatria.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5. 1 Histórico da normatização das práticas integrativas no Sistema Único de Saúde brasileiro

A partir do fim da década de 70 e início da década de 80, diversos setores da sociedade brasileira iniciaram um processo de democratização que culminou com uma abrangente mudança no cenário político brasileiro. Nesse contexto pleno de mudanças, em 1988 ocorre a promulgação da constituição brasileira, que se caracterizou, na época, por ter sido construída a partir das reivindicações de vários setores da sociedade, dentre eles o dos profissionais de saúde.

Em 1985, por iniciativa de algumas instituições governamentais, dentre elas o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social (INAMPS) e a UFRJ, foi realizado um convênio com o Instituto Hahnemanniano do Brasil para oferecer à população assistência homeopática de forma “legal” na rede pública de saúde, sinalizando dessa forma uma preocupação já visível àquela época com relação aos cuidados e terapêuticas alternativas (BRASIL, 2006).

Ainda na década de 80, em 1986, os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde concluíram e recomendaram, conforme consta no Relatório Final da Conferência “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986).

Como resposta aos movimentos sanitários e à pressão da sociedade brasileira no que diz respeito ao papel do Estado como mantenedor e responsável pela saúde do seu povo, as reivindicações contidas no relatório final da 8ª Conferência passaram a figurar como norma constitucional e por isso irrevogáveis. Souza e Costa (2010,

p.511) reforçam tal ponto de vista ao citar que o Relatório da 8ª Conferencia “ficou consolidado como um instrumento que veio influenciar as responsabilidades do Estado [...] servindo de subsídio para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil”.

Embora a constituição de 1988 tenha tornado o direito à saúde uma das garantias constitucionais (BRASIL, 1988), salvo melhor juízo, considero que em seus artigos 196 a 200, contidos no Título VIII, Capítulo II, Seção II, não há nenhuma orientação ou referência de que ao novo sistema sanitário pudessem ser incorporadas as chamadas práticas alternativas de saúde.

Assim, essa condição de “esquecimento normativo” no que se refere às práticas denominadas “alternativas”, favoreceu o surgimento de várias resoluções e normas pontuais exaradas de iniciativas políticas de caráter restrito a exemplo do que representou a “instituição do Grupo Assessor Técnico Científico em Medicinas Não Convencionais, por meio da Portaria 2543/GM de 1995” (BRASIL, 2006, p.11).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1996 – dez anos após a 8ª Conferência – o tema foi retomado e encontra-se, em seu Relatório Final, a proposta de “incorporação ao SUS, em todo o país, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (BRASIL, 1996, p. 64).

Porém, até o ano de 2003 quase nenhum progresso foi alcançado no que diz respeito à instituição de iniciativas realmente eficientes para que se consolidassem as bases legais capazes de criar um sistema da atenção à saúde por meio das práticas alternativas no âmbito do SUS. Contudo, naquele ano, o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (BRASIL, 2006, p. 12).

Essa iniciativa abriu as portas para que outras ações de igual natureza fossem empreendidas nos anos seguintes culminado em 2006 com a criação e aprovação

da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2006).

Nos dizeres de Barreto (2011, p. 60)

[...] a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS trouxe avanços para a saúde no país, pela normatização e institucionalização das experiências com essas Práticas na rede pública e como indutora de políticas, programas e legislação nas três instâncias de governo, fato comprovado pelo aumento significativo de ações, programas e políticas nos estados e municípios brasileiros após a aprovação desta Política.

A partir da edição da norma acima, algumas outras normas legais foram editadas no âmbito legislativo federal brasileiro, quais sejam:

Portaria nº 1600 de 17 de julho 2006 que aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006);

Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006 que, em seu Art.1º, inclui o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares - na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS (BRASIL, 2006).

Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008, que instituiu o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e estabelece a prerrogativa legal de que profissionais acupunturistas, homeopatas e fitoterapeutas sejam admitidos como integrantes das equipes do NASF (BRASIL, 2008)

Portaria SAS nº 84, de 25 de março de 2009 que adequa o serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura. (BRASIL, 2009)

Portaria nº 4.217, de 29 de dezembro de 2010, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, os produtos da farmacopéia homeopática brasileira e 08 medicamentos fitoterápicos passíveis de financiamento com recursos tripartite com dispensação no SUS (BRASIL, 2010).

Pelo exposto, podemos concluir que políticas específicas e realmente efetivas que promovessem a institucionalização da prática das “terapias alternativas” no âmbito da saúde pública no Brasil, só vieram a ser implementadas e oficializadas como “serviços disponíveis à população brasileira” após o ano de 2006.

5.2 Breve histórico da medicina tradicional chinesa

De acordo com Sampaio (2002) o aparecimento de práticas voltadas para o restabelecimento da saúde física e mental, entre os chineses, data de cerca de 10.000 anos.

Foi nas tumbas de Mawngdui, que foram encontrados registros pictográficos de várias posições corporais utilizadas para conseguir alívio das dores do corpo. Esse conjunto de posições corporais foi denominado Daoyin “que pode ser considerado como a forma mais arcaica de exercício terapêutico” (SAMPAIO, 2002, p. 19).

De acordo com o mesmo autor, devido à constante necessidade de se alimentar de folhas, troncos, ervas, raízes e carnes, o Homem chinês, há cerca de 6.000 anos, passou a descobrir que determinados alimentos produziam melhoras ou pioras em seus estados de saúde. Assim, por observação e puro empirismo, os chineses foram aprendendo que esses alimentos poderiam ser usados para tratar os males do corpo e da alma.

Com o passar dos séculos e o aprimoramento do uso do fogo, os chineses primitivos começaram a descobrir as propriedades do calor no alívio da dor e na cura de feridas e processos infecciosos. É nesse contexto que se desenvolve e populariza o uso de uma erva chamada *Artemísia vulgaris* que quando queimada e aproximada aos locais doentes produzia efeitos terapêuticos bastante eficazes (SAMPAIO, 2002).

O uso da artemísia precedeu o uso das agulhas sendo portanto um método terapêutico mais antigo, porém usado até os dias de hoje, numa técnica terapêutica complementar à Acupuntura denominada de Moxabustão (SAMPAIO, 2002).

As evidências arqueológicas de que o uso de objetos pontiagudos e penetrantes pudessem causar cura de doenças apareceram com a descoberta de agulhas de osso e de pedra. Assim,

[...] os instrumentos líticos começaram a ser acompanhados de instrumentos de osso, tendo-se encontrado agulhas de osso gǔ zhēn em variadas escavações arqueológicas, cujo fim curativo se torna indubitável, uma vez que de um lado encontramos uma ponta aguçada de forma cônica, ao passo que a outra extremidade é cega (sem orifício algum), de forma oval. Só mais tardiamente se desenvolveram as agulhas metálicas com base nestas de pedra e osso (SAMPAIO, 2002, p. 23).

Com isso, nasce a Acupuntura, cujos métodos e empregos terapêuticos foram sendo passados de geração em geração pela tradição oral até o aparecimento da obra intitulada Nei Jing que é o

[...] primeiro tratado médico conhecido pela história da humanidade. o primeiro clássico, bem conhecido da Medicina Interna cuja autoria se atribui ao Imperador Amarelo, o lendário HUÁNG-DÌ que supostamente terá vivido por volta do ano 2800 (a.C.) (SAMPAIO, 2002, p. 24-5).

Depois do advento do Nei Jing, outras obras foram aparecendo e a Medicina Chinesa foi perdendo seu caráter mágico-empírico e começou a ser ministrada por Mestres aos iniciados, evoluindo de forma bastante ampla até por volta do século VI antes de Cristo quando. Nesse cenário

[...] surge o médico famoso 醫 Yī Hé as doenças não eram causadas por espíritos ou deuses, mas do reino Qín, da era da “Primavera e Outono”. Segundo os registros históricos, quando fez o diagnóstico do marquês do reino de Jin, afirmou que por anormalidades de seis tipos de factores. Este médico desenvolve um conceito objectivo de

patogénese, onde a doença é devida ao desequilíbrio dos 6 factores [...] (SAMPAIO, 2002, p. 37).

Necessário relatar que o sistema médico chinês não é dissociado das concepções filosóficas e culturais da sociedade na qual se desenvolveu. Devido ao fato de que a Medicina Chinesa surgiu no meio do povo e por esse foi exercida e desenvolvida por milênios, os processos utilizados na explicação dos fenômenos biológicos, fisiológicos e mentais foram fruto de incessantes observações de como o Homem reagia perante o meio que o cercava e como as alterações nesse meio poderiam conduzi-lo à saúde, mantê-lo saudável ou prevenir seu adoecimento (SAMPAIO, 2002).

A partir do ano 960 até o ano de 1840, a Medicina Chinesa/ Acupuntura tiveram grande progresso e desenvolvimento. Nesse período já haviam cursos regulares de Medicina e instituições universitárias já eram realidade consolidada no território chinês (SAMPAIO, 2002).

Nesse período houve a unificação da China e por volta de 1255 já havia sinais da chegada de alguns viajantes europeus na região litorânea daquele país (DORIA, 2010).

Os portugueses aportaram por volta de 1515; por volta de 1543 chegaram os espanhóis e por volta de 1600 os holandeses. Mas foi somente em 1557 que “[...] os primeiros missionários retornaram à Europa com diversos livros de MTC” (SAMPAIO, 2002, p. 118).

Por volta de 1901, o cônsul francês na China, George Souliè de Morant, passou a estudar diretamente com médicos chineses e, retornando à Europa, publicou traduções e obras próprias sobre o assunto, tornando-se assim o introdutor e difusor do sistema médico chinês em toda a Europa (BERNARDO, 2006).

Em 1911 é fundada a República da China e em 1929 “o governo interdita o uso oficial da MTC. Porém, a acupuntura e a moxibustão continuaram entre as massas populares.” (SAMPAIO, 2002, p. 121).

5. 2.1 Acupuntura

A Acupuntura é uma das formas de terapêutica disponibilizadas pelos sistemas médicos orientais para o tratamento de enfermidades. Nesse sentido, quando se fala em Medicina Tradicional Chinesa está-se referindo a um sistema médico muito mais amplo que a Acupuntura e que contém em si outras terapêuticas como a Fitoterapia Chinesa, a Dietoterapia Chinesa, as práticas corporais como a Tui-Ná (espécie de massagem ortopédica), o Tai Ji, o Qi Gong e o Lian Gong (BARRETO, 2011).

Segundo Barreto (2011, p. 151) a Medicina Tradicional Chinesa baseia-se

[...] na observação dos fenômenos da natureza e nos princípios que regem a harmonia e o equilíbrio nela existentes. Na concepção filosófica chinesa, todos os seres do Universo estão submetidos às mesmas leis e princípios naturais, de maneira que estes conhecimentos podem ser aplicados ao Homem, aos animais, ao ambiente e a todo o planeta. No caso do homem, a saúde engloba um estado de fluência energética livre, enquanto a doença expressa uma alteração neste fluxo, seja estagnação, excesso, deficiência ou outros, manifestado na alteração da circulação da Energia Vital (Chi) através dos Meridianos Principais, que são canais ao longo do corpo por onde se move a energia vital (Chi), em número de 12 (doze).

Segundo Sampaio (2002), no mundo ocidental, a prática da Acupuntura e Moxabustão tiveram início em 1676 na Alemanha. Na América do Sul, o primeiro país a conhecer e difundir o uso da Acupuntura foi a Argentina; entretanto, foi nos Estados Unidos que essa terapêutica ganhou força e dali se espalhou efetivamente por todo o continente americano (BERNARDO, 2006).

No Brasil, somente há dados sobre o uso e ensino público da Medicina Chinesa, especificamente a Acupuntura, a partir de 1958, devido aos esforços do fisioterapeuta e massoterapeuta Friedrich Johann Spaeth que imigrou para o Brasil fugindo dos Nazistas e, no ano de 1950, foi para a Alemanha fazer um curso de Acupuntura. Oito anos após, Spaeth retornou ao Brasil e começou a ensinar acupuntura, fundando a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental,

embora nesta época a Acupuntura fosse considerada pelos médicos brasileiros uma prática de charlatanismo (BERNARDO, 2006).

Antes do período acima descrito, não foram encontrados registros fidedignos que apresentassem, de forma científica, uma data específica da chegada da Medicina Chinesa ao território brasileiro. Muitos estudiosos afirmam que, com a chegada de imigrantes chineses no início do século XIX e de japoneses no início do século XX, a Acupuntura passou a ser exercida no Brasil. Porém, não ensinada a brasileiros, pois estava restrita apenas às colônias desses grupos étnicos e era transmitida somente de pai para filho, como forma de manter os costumes e tradições deixados em sua pátria de origem (BARRETO, 2011).

Ainda na década de 70, devido à grande expansão das práticas orientais e da Acupuntura como método terapêutico na Europa e nos Estados Unidos, houve a regulamentação das mesmas nesses países o que estimulou os profissionais brasileiros a se dedicarem a tal prática e a iniciarem por meio de seus respectivos órgãos reguladores, quais sejam os conselhos federais e regionais, a criação de normas legais com o objetivo de se regulamentar tal atividade (SAMPAIO, 2002).

Ainda nesse período, especificamente em 1977, o Ministério do Trabalho (MT), juntamente com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), reconheceu a profissão de acupunturista sob o código número 0-79.15, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) através do Projeto BRA/70/550 (CONSELHO REGIONAL DE ACUMPUNTURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002)

De acordo com Bernardo (2006, p. 85-6) em 1979, a Acupuntura já era reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como prática eficaz para o tratamento de mais de quarenta doenças.

A par desses acontecimentos, iniciou-se uma corrida em busca de respaldo legal para a prática da Acupuntura, principalmente pelos Acupunturistas com formação universitária na área de saúde. O primeiro Conselho Federal a se posicionar em relação à prática da Acupuntura foi o de Medicina que, por meio da Resolução nº 467, de 3 de agosto de 1972, explicitou que a Reflexologia e a Acupuntura não eram especialidades médicas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1972).

A partir dessa posição do Conselho Federal de Medicina (CFM), os médicos interessados em praticar Acupuntura começaram a frequentar os cursos oferecidos pela Associação Brasileira de Acupuntura (ABA). Contudo, alguns médicos, formados pela ABA, defendiam uma Acupuntura exercida exclusivamente por médicos e decidiram deixar a ABA e criar entidades específicas. Foram criadas a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA), em 1984, e a Associação Médica Paulista de Acupuntura (AMPA) que, em 1994, passou a ser chamada Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA), mesmo sem qualquer apoio formal do CFM (KWANG, 2011).

Por outro lado, o primeiro profissional da área de saúde do Brasil a ter normatizada a prática da acupuntura foi o fisioterapeuta, por meio da Resolução nº. 60, de 22 de junho de 1985, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, que dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1985).

Entre 1985 a 1995, nenhum outro conselho de classe apresentou normativa referente à regulamentação do uso da Acupuntura por seus inscritos.

Em 1995, porém, o CFM, através da Resolução nº 1.455, resolve reconhecer a Acupuntura como especialidade médica. A partir dessa resolução, as pressões por legislação que desse exclusividade aos médicos ganharam força e notoriedade nos meios políticos e uma grande quantidade de ações ora do CFM contra os demais Conselhos não-médicos, ora destes contra as arbitrariedades do CFM, tornaram-se frequentes (KWANG, 2011).

Ainda naquele mesmo ano, o Conselho Federal de Biomedicina editou a Resolução nº 02, que dispõe sobre a prática da Acupuntura pelos profissionais biomédicos (CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA, 1995).

Nesse mesmo sentido legal, o de assegurar a prática da Acupuntura aos seus respectivos inscritos, os demais Conselhos Federais resolveram editar normas, sendo que em 1997 foi o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da Resolução COFEN/197, que regulamentou a prática para o enfermeiro; em 2000 foi a vez do Conselho Federal de Farmácia, (Resolução 353/2000); em 2001 foram os Conselhos Federais de Fonoaudiologia (Resolução 272/2001) e de Terapia Ocupacional (Resolução 221/2001). O Conselho Federal de Psicologia havia proibido a prática da Acupuntura a seus inscritos mediante a edição da Resolução 029, em 1992, mas, em 2002, após pressão dos Psicólogos Acupunturistas, o Conselho Federal resolveu anular a resolução 029/92 e editar a Resolução 05/2002, que “dispõe sobre a prática da Acupuntura pelo Psicólogo” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2002).

O Conselho Federal de Odontologia foi o último a normatizar o exercício da Acupuntura e demais práticas integrativas por seus profissionais inscritos. Tal normatização só aconteceu em 2008 mediante a Resolução nº 82. Embora tenha sido o último conselho, cabe ressaltar que o Conselho Federal de Odontologia não reconhece a Acupuntura e demais práticas integrativas como “especialidade” da Odontologia, diferentemente dos demais conselhos. Isso demonstra que os dirigentes da classe tiveram a sensibilidade e o interesse de se debruçarem sobre o assunto em pauta para que não surgisse uma norma de eficácia legal nula. Desse modo, a resolução confere ao Cirurgião dentista a habilitação legal para exercer as práticas integrativas, a Hipnose e a Sedação por meio de óxido nitroso, naquilo que lhe permitir os cursos frequentados (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2008).

Quanto às organizações formadoras de Acupunturistas no Brasil, a partir da Associação Brasileira de Acupuntura (ABA), um sem número de instituições, universidades, associações de classe e conselhos profissionais começaram a

oferecer cursos para profissionais graduados numa das quatorze profissões regulamentadas da área de saúde. Esses cursos possuem um tempo médio de 2 anos letivos e cerca de 1260 horas/aula de duração. Todos eles devem seguir as normatizações impostas pelo Ministério da Educação e por essa instituição serem autorizados e avaliados periodicamente conforme normatização prevista pela Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007 (BRASIL, 2007).

Há, portanto, movimentos das categorias profissionais na esfera política e judiciária que objetivam, dentre outras providências, a regulamentação da profissão de Acupunturista no Brasil ou a criação de cursos de Graduação em Acupuntura e a edição de normas constitucionais que promovam o exercício multiprofissional da mesma em âmbito privado ou público (CONSELHO REGIONAL DE ACUMPUNTURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002).

5.3 Alguns dados históricos sobre a homeopatia

A Homeopatia, tal qual a conhecemos atualmente, teve seu início e desenvolvimento a partir dos estudos de Christian Frederich Samuel Hahnemann por volta de 1790. Entretanto, “a menção mais antiga que se tem a respeito do tratamento pela lei dos semelhantes foi encontrada em um papiro de 1500 a.C” (CORRÊA; SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997, p. 22).

Hipócrates defendia o uso de dois métodos terapêuticos: a cura pelos contrários, que é a base da alopatia, e a cura pelos semelhantes, consolidada por Hahnemann como a Homeopatia (CORRÊA; SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997).

Desse modo, os registros históricos indicam que a alopatia e a homeopatia nasceram juntas, ficando a critério de o terapeuta escolher qual dos dois caminhos seria mais conveniente à sua clínica profissional.

Corrêa; Siqueira-Batista e Quintas (1997, p.349) relatam que Samuel Hahnemann obteve seu título de médico em 1779 e clinicou por algum tempo tornando-se, porém, insatisfeito com os resultados que obtinha com as práticas médicas aprendidas na universidade. Completamente desiludido da Medicina da época, ele abandona a clínica e para ganhar a vida passa a traduzir obras médicas. Em 1790, ao traduzir a Matéria Médica de William Cullen, ficou intrigado pelos efeitos relatados por este no tratamento da malária por quina. A partir daí começou a experimentar várias substâncias em si mesmo e os sintomas que elas produziam em seu organismo eram catalogados e comparados aos sintomas de várias doenças. Com essas experiências Hahnemann passou a estudar as ‘Leis dos Semelhantes’ “apoiado em suas evidências experimentais e na filosofia hipocrática (Similia similibus curentur) [...]” culminando em sua primeira obra em 1796.

Dentre os vários seguidores de Samuel, destacou-se Constantin Hering que se formou em Medicina em Leipzig, no ano de 1820, e desenvolveu sua prática e criou

vários institutos homeopáticos nos Estados Unidos da América (CORREA, SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997).

Destacou-se também, James Tyler Kent que nasceu em 1849 em Nova York e faleceu em 1916. Conforme referem Correa; Siqueira-Batista e Quintas (1997, p.350), Kent é autor de livros usados ainda hoje (Matéria Médica, Filosofia Homeopática) e criou várias técnicas e conceitos, sendo responsável por um modo intuitivo de pensar a homeopatia consagrado como “Escola Kentiana”.

A par desses avanços adquiridos pela homeopatia e embora a sua já considerável difusão no meio médico, em início do século XX há um progressivo declínio do interesse da classe médica e das demais ciências a ela relacionadas pois os avanços da ciência nos campos da biologia, microbiologia e a adoção de uma visão totalmente cartesiana de mundo passaram a considerar como passíveis de crédito e atenção apenas os fatos observáveis em laboratório conforme assevera (CORRÊA; SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997).

Ribeiro Filho (2008) nos diz que, no Brasil, a Homeopatia foi usada pela primeira vez em 1841, com a criação da Escola Homeopática do Rio de Janeiro por Benoit-Jules Mure. No ano seguinte, foi criado o Instituto Homeopático de Saí (Santa Catarina) e criada a primeira farmácia homeopática do Rio de Janeiro, abrindo espaço para novas conquistas como a Escola Homeopática do Brasil (1845), transformada em Academia Médica Homeopática do Brasil, em 1847.

No decorrer do século XX vários Homeopatas vão divulgando e propagando a Homeopatia, inaugurando Hospitais e Escolas e em 1966, em plena ditadura militar, “foi decretada obrigatória a inclusão da Farmacotécnica Homeopática em todas as faculdades de Farmácia do Brasil” (RIBEIRO FILHO, 2008, p.70-71).

Nesse viés histórico, várias datas e eventos merecem destaque: 1979 - fundação da Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); 1980 - reconhecimento da homeopatia como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1000); 1990 - marca a criação da Associação Brasileira de

Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); 1992 - o Conselho Federal de Farmácia (Resolução Nº 232) reconhece a Homeopatia como especialidade farmacêutica; 1993 - é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); 2000 - a homeopatia torna-se especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução Nº 622) (BRASIL, 2006).

Diferentemente da Acupuntura e, provavelmente, por ser uma racionalidade médica essencialmente vinculada à prescrição de um medicamento para se obter o êxito terapêutico, no Brasil, a Homeopatia acabou sendo reconhecida oficialmente como de uso restrito aos profissionais que podem prescrever medicamentos. No que diz respeito à manipulação das fórmulas, ela se tornou exclusiva dos profissionais de farmácia (RIBEIRO FILHO, 2008).

Em relação à Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia, em 2008, editou a Resolução nº 82, permitindo que o dentista possa se habilitar ao exercício da Homeopatia em seu campo de atuação, sem, contudo, reconhecê-la como uma especialidade odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2008).

Em relação à formação profissional, existem, no Brasil, alguns cursos livres de Homeopatia voltados para público leigo e um deles é oferecido pela Universidade Federal de Viçosa, em Minas Gerais. Azevedo e Pelicione (2012, p. 370) afirmam que deve-se destacar a participação do grupo daquela Universidade “na difusão da homeopatia para além da profissão médica”.

Destaca-se ainda a existência de uma parceria entre o Conselho Nacional de Homeopatia e Fitoterapia, a Associação Nacional dos Terapeutas Holísticos e Energéticos e o Curso de Extensão Universitária de Homeopatia. O objetivo é tornar a ciência da homeopatia acessível para o público em geral, por meio de cursos de extensão universitária. Os autores chamam a atenção para o fato de que “na programação desses cursos, não foram encontradas disciplinas que abordem o SUS ou as bases da Saúde Coletiva” (AZEVEDO; PELICIONE, 2012, p.370).

6. AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E SUA APLICABILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO IDOSO

O processo contínuo de envelhecimento das populações de vários países do mundo é fato já de conhecimento dos estudiosos da questão em todas as partes do globo. Esse processo, denominado de transição demográfica, decorre da diminuição da mortalidade infantil, do baixo índice de fecundidade e do aumento da expectativa de vida das populações configurando assim o cenário pelo qual hoje passam muitos países e dentre eles o Brasil (CHAIMOWICZ, 2009).

Considerando um ranking mundial e classificação dos países quanto ao número de idosos na população, de acordo com Chaimowicz (2009, p. 21), “o Brasil deverá passar da 16ª posição em 1960 para a sétima em 2025”.

O mesmo autor afirma também que com esta estimativa e com aumento da expectativa de vida, “aos poucos a estrutura da mortalidade no Brasil vai se tornando similar à observada em populações envelhecidas da Europa, com predominância de mortes por doenças do aparelho circulatório e neoplasias” (CHAIMOWICZ, 2009, p.31).

Este quadro de mudança traz associado a ele alguns questionamentos necessários no que se refere ao preparo das instituições públicas e privadas para o enfrentamento das condições de saúde e doença pertinentes a essa fatia da população.

No campo específico da saúde pública, vale indagar como têm sido abordadas as necessidades desse público e quais medidas e ações temos providenciado a fim de diminuirmos os efeitos futuros iminentes de um processo que é fisiológico, mas que é debilitante. Como os nossos serviços da atenção primária à saúde têm lidado com

usuários que apresentam distúrbios e alterações de saúde em decorrência do envelhecimento?

Conforme afirma Chaimowicz (2009, p. 49)

No campo da gerontologia considera-se fundamental preservar não somente a saúde física e mental dos idosos, mas também sua capacidade funcional. Doenças crônicas tornam-se mais importantes na medida em que comprometem a independência do idoso, como é o caso da osteoartrose, catarata ou sequelas do acidente vascular cerebral.

Assim, há um risco concreto de que a médio e longo prazo, conforme o autor comenta Chaimowicz (2009), sem um acompanhamento permanente e adequado teremos um número significativo de idosos doentes, demandando por cuidados de famílias sem condições social e econômica, que vivem em ambientes inadequados. Consequentemente, teremos uma demanda importante por instituições públicas de longa permanência, de boa qualidade gerando altos gastos públicos com internações e medicamentos.

Portanto, fica claro que medidas adequadas de promoção da saúde e prevenção de doenças, voltadas em específico à população idosa que frequenta os nossos serviços de saúde, são imprescindíveis para que haja a construção de um envelhecer saudável bem como a diminuição expressiva dos gastos com internações e o uso excessivo de medicações.

Pelizzoli (2012, p.6) diz que “a medicina fundada na patogênese – patologia – perdeu dimensões da salutogênese – saúde”, afirmando ainda que o modelo biomédico ao atuar no nível da mecânica dos órgãos e da bioquímica celular apresenta, por si só grande potencial iatrogênico. Isto porque “dificilmente a ação de uma droga ou da retirada de um órgão terá um efeito restrito no local lesado”, o que nos remete à importância de das ciências saberes e práticas terapêuticas pertinentes às ditas Medicinas Complementares.

No mesmo sentido, Barreto (2011, p. 39) opina que a “saída” para a saúde seria a “saúde integrativa”

[...] ou praticas integrativas acopladas a uma educação para a saúde tanto popular e de massa quanto acadêmica, com o instrumento investigativo do tripé epistemológico crítico - o qual abre o olhar para as medicinas naturais, holísticas e energéticas.

No mínimo, seria pertinente a associação entre medicina convencional e alternativa, desde que ocorresse dentro dos padrões ético, respeitando-se o que há de melhor entre as duas (OTANI; BARROS, 2011). Quanto aos gastos, referem os autores que em curto prazo pode haver mais gastos, porém, a médio e longo prazo haverá uma diminuição dos gastos como consequência da efetividade das ações de promoção de saúde e prevenção de agravos.

6.1 Acupuntura: opção de abordagem preventiva e terapêutica ao idoso

Embora não seja do escopo desse trabalho uma explicação aprofundada dos métodos e técnicas empregados na prática clínica da Acupuntura, é imprescindível esclarecer que toda a prática da Medicina Chinesa/Acupuntura está fundamentada basicamente nos conceitos de Yin/Yang, os cinco elementos e o Qi (tchi): (MACIOCIA, 2007).

Yin/Yang diz respeito à dualidade a que todas as coisas do universo estão submetidas. Yin diz respeito a tudo aquilo que tende à quietude, à ausência de movimento, ao aumento da densidade dos elementos da natureza, à tendência a uma ausência de luminosidade, à fraqueza; enquanto Yang refere-se ao brilhante, ao luminoso, ao vigor, ao fogo, ao sol, à força, etc. A “doença” (desequilíbrio energético) é resultado do desequilíbrio entre os dois elementos. Consequentemente, regularizar o *Yin* e o *Yang*, restaurar o equilíbrio relativo existente entre eles, são os princípios do tratamento [...] Para uma doença *Yang*, trata-se o *Yin*, para uma doença *Yin*, trata-se o *Yang*” (BARRETO, 2011).

Os cinco elementos, que também fundamentam a prática chinesa, são também conhecidos como “Cinco Movimentos” e são representados simbolicamente pelos seguintes componentes: Fogo, Terra, Água, Madeira e Metal. A anatomia, a fisiologia, a patologia, a anamnese, o diagnóstico e a terapêutica são desenvolvidos e entendidos mediante o conhecimento profundo dos destes componentes (BARRETO, 2011).

O terceiro fundamento é o Qi, que é a “energia” que faz todo esse mecanismo funcionar harmonicamente e quando existem distúrbios nesse processo, ocorre o que os orientais chamam de desarmonias energéticas e não ‘doenças’ como de costume no mundo ocidental. Sendo assim, não existem doenças e sim doentes. As desarmonias energéticas desencadeiam uma série de alterações morfofisiológicas na tessitura físico-mental-espiritual do Homem dando origem aos diversos padrões de desarmonia (BARRETO, 2011).

Na Acupuntura, o profissional ‘enxerga’ “Padrões Desarmônicos” e não apenas um sinal ou sintoma em específico. Assim um padrão de desarmonia “x”, por exemplo, pode ser composto por várias “doenças” do ponto de vista ocidental (MACIOCIA, 2007).

Desse modo em uma pessoa que queixa “dor nas costas” o Acupunturista pode identificar: insônia, dificuldade de concentração, problemas sexuais, depressão, sensação de corpo pesado e cabeça dolorida, pulso fraco, fino e profundo, língua com saburra branca e pálida etc. Este quadro caracteriza um padrão desarmônico chamado “Deficiência de Yin do Rim”. O tratamento será direcionado à busca da harmonização para as desarmonias que a pessoa apresenta e terá como consequência, entre outros benefícios – tanto preventivos quanto curativos –, a possível resolução da queixa principal do mesmo (MACIOCIA, 2007).

Infelizmente, porém, a maioria dos Acupunturistas ocidentais teima em tentar tratar apenas a queixa do paciente o que vai tornar toda a terapêutica ineficaz do ponto de vista oriental, comprometendo assim os seus resultados. (ROSS, 2003)

Segundo Leite (2005, p. 7) “A acupuntura no idoso é passível de ser utilizada em várias vertentes revelando-se uma mais-valia. Para além de curativa esta é também e sobretudo preventiva. Isenta de contra-indicações absolutas.”

Por ser considerada praticamente isenta de efeitos adversos e reações deletérias ao organismo, a terapêutica advinda do uso da Acupuntura nos idosos pode ser aplicada simultaneamente à terapêutica farmacológica com o objetivo de diminuição da mesma e tornado assim, possível, a prevenção dos possíveis efeitos deletérios do quadro muito comum em usuários acima de sessenta anos que é a polifarmácia e suas consequências (LEITE, 2005).

Galato, Silva e Tibúrcio (2010, p.2900), ao se referirem ao uso crônico e excessivo de medicação, dão uma explicação bastante simples sobre as consequências deste uso em idosos que vale a pena repetir:

[...] com o passar dos anos há uma diminuição da massa muscular, da água corporal e ainda do metabolismo hepático; os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção também podem ficar comprometidos. Em virtude desses fatores fisiológicos, há uma dificuldade de eliminação e de metabolização de drogas, resultando num acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e conseqüentemente surgindo efeitos adversos mais intensos. Outra preocupação é que o uso simultâneo de diversos medicamentos pode levar o paciente a fazer o tratamento de maneira incorreta.

Cintra e Figueiredo (2010, p. 148), em estudo que desenvolvera com o objetivo de identificar quais as queixas e o resultado do tratamento na percepção de usuários de Acupuntura em serviço público de saúde, registram que

[...] Foi relatada, por todos os usuários, a melhora ou extinção das enfermidades ou quadro clínicos, após o tratamento com Acupuntura, como: perda de peso, ausência de dor (muscular, de cabeça, tendinite, dor nas costas, dor nos ombros, hérnia de disco, bico de papagaio, reumatismo), melhora na deficiência óssea (incluindo osteoporose, artrose), controle da pressão alta, controle da diabetes e melhora no sistema circulatório, entre outras.

Para um dos usuários entrevistados pelas autoras “a Acupuntura age em todos os sentidos na depressão, no circulatório, no reumatismo e quando você está assim com o coração magoado, você sabe assim, que até nisso ajuda” (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010, p. 148).

Por outro lado há registro de usuários entrevistados pelas autoras que apontam para o fato de que a terapia da Acupuntura foi eficaz em reduzir custos e consumo de medicamentos alopáticos: *“Eu acho assim, você diminui custos, você diminuí medicamentos, você melhora e beneficia mais os pacientes”* (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010, p. 151).

Além da polimedicação ou polifarmácia, conforme já abordado acima, outros aspectos mais específicos dos possíveis usos da terapia acupuntura no idoso podem ser abordados e a depressão é uma delas.

Por ser uma doença frequente e caracterizada por alta cronicidade, recaídas e recorrências, prejuízo psicossocial e físico e alto risco de suicídio, a depressão é um dos distúrbios psiquiátricos com maior potencial para desencadeamento de outros quadros clínicos com maior gravidade, complexidade e de difícil abordagem pela equipe de saúde e a família. Sua especificidade em relação aos idosos é apontada por Blay e Marinho (2007, p.150) que afirmam que “a depressão é um dos eventos psíquicos mais comuns entre idosos e apresenta peculiaridades que a tornam qualitativamente diferente da depressão presente em adultos”.

Ainda segundo os mesmos autores, a depressão é comum na doença de Alzheimer e na doença de Parkinson, entre outras. Ainda, “pode configurar como evento concomitante, fator de risco ou preditor de desenvolvimento de demência subsequente” (BLAY; MARINHO, 2007, p.153).

Levando-se então em conta esses dados e o fato de que a Acupuntura também pode ser utilizada no tratamento da depressão leve, Vasconcelos (*apud* GONÇALVES *et al.*, 2007, p. 230) afirmam que [...] atividades como ioga, meditação

e acupuntura são cada vez mais bem vistas pelos especialistas como complemento para os modernos antidepressivos no combate à depressão [...] (GONÇALVES *et al.*, 2007)

Completando o que foi afirmado acima e mais especificamente em relação à Acupuntura, Rocha (2007, p. 231) afirma que,

[...] empiricamente, ela auxilia no tratamento de depressão leve, que muitas vezes não exige o uso de psicotrópicos. Em casos mais avançados tem sido um recurso terapêutico complementar ao tratamento clínico medicamentoso, ajudando na redução ou eliminação de efeitos colaterais potenciais e aumentando a tolerância à medicação.

O exposto acima aponta que a indicação da Acupuntura para tratamento do idoso depressivo já vem sendo estudada com sinais de êxito no enfrentamento desse agravo.

Outro agravo comum na população acima de 60 anos de idade é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Contiero *et al.*, (2009, p.63) afirmam que “a prevalência da hipertensão nos idosos é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica”. Importante frisar, também, que a HAS pode desencadear uma série de outras doenças associadas e que acometem outros órgãos.

Frente a este quadro, além da dificuldade de adesão ao tratamento e o uso cada vez de maior número de medicamentos, a Acupuntura surge como uma opção terapêutica viável como instrumento de melhora na adesão do paciente ao tratamento e a possibilidade de se diminuir a medicação e os efeitos adversos da mesma (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010, p.151).

Lin, Hsing e Pai, (2008) citam estudo randomizado, realizado por Flachskampf *et al.*, (2007), envolvendo 140 pessoas com hipertensão arterial sistêmica não complicada. Destes, 78% usavam medicação anti-hipertensiva, que não foi interrompida durante

o estudo. Aplicaram acupuntura real em 72 participantes do estudo e acupuntura sham (placebo) em 68 deles. A pressão arterial média de vinte e quatro horas foi avaliada logo após o tratamento, 3 meses e 6 meses depois e os dados coletados mostraram que a acupuntura reduz a pressão arterial média de 24 horas logo após o tratamento, cessando o efeito assim que cessa o tratamento sendo necessário, portanto, seu uso frequente.

Silva (2009), após estudo qualitativo-comparativo declara que a Acupuntura já é comprovadamente eficaz, na prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e que não só pode como deve ser usada em associação com os métodos terapêuticos de Medicina ocidental.

Bautista *et al.*, (2011) concluíram após ensaio clínico terapêutico, aleatório e controlado de 108 pacientes com HAS que após 30 minutos de iniciada a terapêutica farmacológica e acupuntural, os pacientes estudados tiveram redução dos níveis pressóricos, sendo que no grupo que foi tratado com acupuntura, tal número foi mais expressivo.

Outra condição determinante para a queda na qualidade de vida do idoso é o acometimento do mesmo pela incontinência urinária (CHAIMOWICZ, 2009).

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina e, de acordo com Botelho *et al.* (2007; p. 69), “é uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo mais frequente nas mulheres.”

Nos tratados de Medicina Chinesa/Acupuntura, a incontinência urinária é queixa que faz parte de quatro padrões desarmônicos diferentes, requerendo por si mesmos abordagens e tratamentos diferenciados, sendo quase impossível formular terapêuticas padronizadas.

Gotlieb (2009) realizou importante estudo longitudinal e intervencionista envolvendo um universo de 24 mulheres idosas portadoras de incontinência urinária onde 13

estavam no grupo caso e 11 no grupo controle, utilizando o “King’s Health Questionnaire” (KHQ), como instrumento de avaliação. Nesse estudo o grupo controle realizou 12 sessões com acupuntura, utilizando-se os pontos sugeridos pela Organização Mundial de Saúde. A autora concluiu que houve melhoras significativas na qualidade de vida das pacientes ressaltando que sua pesquisa confirmou resultados de outros pesquisadores (GOTLIEB, 2009).

Finalizando esse tópico, citamos trabalho da Equipe Editoria da Bibliomed (2005), onde os autores noticiaram estudo randomizado, com grupo controle em uso de placebo, realizado por investigadores da Oregon Health and Science University em 2005, envolvendo oitenta e cinco mulheres. Segundo os autores da notícia, após quatro tratamentos semanais de acupuntura específicos para a bexiga obtiveram melhoria significativa na capacidade vesical, urgência, frequência, e escores de qualidade de vida.

6.2 Homeopatia: opção de abordagem preventiva e terapêutica ao idoso

Assim como a Acupuntura, a Homeopatia é um tipo de racionalidade médica que tem uma visão de Homem bastante diversa daquela defendida pelo sistema médico convencional hegemônico nas sociedades ocidentais.

De acordo com o Conselho Federativo das Medicinas Não Convencionais (COFENACIS), a Homeopatia se baseia em uma doutrina que considera que coisas semelhantes curam-se com coisas semelhantes (*Similia Similibus Curantur*) e tem como referência princípios como Lei de semelhança, Direção de cura, Princípio de remédio único, Teoria de dose mínima diluída e Teoria de doença crônica (CONSELHO FEDERATIVO DAS MEDICINAS NÃO CONVENCIONAIS, 2008).

A Homeopatia, diferentemente da Acupuntura, apresenta como técnica terapêutica para a abordagem das diversas patologias humanas o uso de substâncias produzidas mediante um processo farmacêutico chamado diluição (BARRETO, 2011, p.109).

A concepção de Homem nessa Ciência parte do princípio que o indivíduo é uma unidade hierarquizada, ou seja, formada por camadas diferenciadas que vão da mente à pele, sem interrupção. O processo saúde-doença na concepção homeopática ocorre num processo contínuo que, descrito grosseiramente, vai da mente até o corpo e vice-versa (VANDERLEI, 2010).

Um estudo aprofundado dos métodos diagnósticos e terapêuticos empregados pela Homeopatia é algo que foge ao âmbito e objetivos desse trabalho. A terapêutica homeopática e sua relação com os processos mórbidos que acometem os idosos serão aqui abordados apenas de maneira descritiva objetivando contribuir com o processo de escolha pertinente de uma abordagem integrativa e complementar dos problemas geriátricos mais comuns.

Santos (2008) defende que

[...] quase todas doenças são susceptíveis de tratamento homeopático, porém, os resultados terapêuticos dependem da capacidade de regeneração que o organismo possui. Quanto mais estruturais forem as mudanças causadas por estes distúrbios, mais parcial será a recuperação.

Desse modo, alterações anatômicas e destruição irreversível de tecido limitam o uso da homeopatia, assim como indicações cirúrgicas. Nestes casos ela poderá ser usada, mas seu efeito será paliativo ou de alívio (SANTOS, 2008).

Adler *et al.*, (2008, p.75) citam que “a depressão é um dos principais motivos para o uso de terapias alternativas e complementares nos Estados Unidos” e que dentre as diversas opções disponíveis, o “tratamento homeopático é uma das alternativas terapêuticas procuradas por esses pacientes. Segundo esses autores, de quinze casos estudados, 14 (93%) apresentaram resposta terapêutica e, destes, 13 (87%) evoluíram com remissão do episódio depressivo”.

Outro relato interessante, e que comumente ocorre em decorrência do processo terapêutico desencadeado pelos efeitos próprios da Acupuntura e da Homeopatia, é o da resolução de outras comorbidades que num primeiro momento não fazem parte da queixa principal do usuário. Sobre isso nos informa os autores que foram apresentadas modificações importantes na comorbidade como, por exemplo, emagrecimento de 15 e 8 kg, remissão de crises de pânico e rebrotamento capilar em área de alopecia (ADLER et al., 2008).

Antolini (2002, p.81) relaciona o aparecimento de diversos transtornos mentais no idoso e a ocorrência de suicídio com o crescente apelo ao narcisismo em nossa sociedade e defende o trabalho multidisciplinar e a homeopatia como forma de intervenção. Para ele

[...] A depressão tem alcançando níveis epidêmicos e parece co-existir com o suicídio, que atinge as taxas de incidência mais elevadas entre os adolescentes ou adultos jovens e as pessoas de idade avançada, caracterizando a sociedade atual como uma “sociedade depressiva”, que necessita da intervenção multidisciplinar dos profissionais de saúde que se ocupam da psiquê humana, entre os quais incluem-se os médicos homeopatas.

Esse mesmo autor apresenta vários medicamentos homeopáticos e suas indicações na terapêutica preventiva e curativa dos distúrbios depressivos e na abordagem dos pacientes com tendência suicida.

No entanto, no entender de Adler *et al.* (2008) a melhora observada nos casos relatados pode ser resultado da remissão espontânea do episódio depressivo, ou mesmo do efeito placebo, responsável, em média, por 30% de resposta terapêutica em paciente com depressão. Logo, é preciso ampliar e aprofundar estudos a fim de garantir evidências da eficácia da homeopatia no manejo de pacientes com tais problemas.

Adler *et al.* (2008, p. 78) apontam como causas de poucas publicações de qualidade sobre avaliação de tratamento homeopático:

dificuldade em se desenvolver redes de tratamento homeopático que permitam estudos com um grande número de

pacientes; falta de uma massa crítica de pesquisadores em homeopatia; ausência de financiamento adequado para apoiar estudos de boa qualidade, em um ou múltiplos centros; desafios próprios à metodologia homeopática dentro da pesquisa em medicinas alternativas e complementares (CAM), como a individualização do medicamento.

Em relação a outras aplicações da Homeopatia na promoção e restabelecimento da saúde dos indivíduos idosos, Kojo e Ribeiro Filho (2010), após estudos, chegaram a conclusão que “as respostas obtidas no sistema imune são diferentes em intensidade de acordo com as diversas diluições empregadas do mesmo medicamento homeopático (KOJO; RIBEIRO FILHO, 2010; p. 49).

Esses autores relatam ainda vários efeitos de diversos medicamentos homeopáticos no organismo da pessoa idosa tais como os dos medicamentos denominados Phase-6 e Flu Terminator que são indicados para estimulação não específica do sistema imune. Os autores afirmam que esses medicamentos melhoram a resposta imunológica e que o Flu Terminator atua na ativação e modulação da resposta imune associada a infecções (KOJO; RIBEIRO FILHO, 2010).

Analisando tais dados, podemos deduzir que o uso de uma terapêutica homeopática bem indicada em pacientes idosos poderia promover desde efeitos preventivos até curativos (SANTOS, 2004).

Com essa opção terapêutica poder-se-ia até mesmo prevenir o aparecimento da não desejada resistência bacteriana aos antibióticos e das tão temidas infecções por superbactérias, diminuindo a sua incidência, principalmente como decorrentes das práticas de automedicação ou de iatrogenia medicamentosa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa é de que esse trabalho, ao ser divulgado no município, sensibilize as equipes e o gestor e seja um embrião que subsidie uma proposta de operacionalização da Política Nacional de Ações Integrativas e Complementares. Entre as vantagens evidenciadas na literatura pode-se citar a diminuição do uso de medicamentos, redução do aparecimento de novos agravos e incentivo a mudança de hábitos para melhor qualidade de vida.

Tanto a Acupuntura quanto a Homeopatia, embora só recentemente estejam sendo mais aceitas no meio acadêmico-científico, há séculos vem prestando expressivo valor terapêutico nas sociedades às quais se inserem.

Seguindo essa trajetória e de acordo com os dados apresentados neste trabalho percebemos que o uso dessas racionalidades médicas é bastante positivo no que diz respeito aos possíveis benefícios que podem trazer às populações, hoje atendidas por meio do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Sob o aspecto da polimedicação pode-se concluir que a Acupuntura e a Homeopatia, quando bem praticadas, trazem vários benefícios ao serviço no qual se insiram, o que as tornam um excelente meio terapêutico e preventivo no que se refere aos cuidados com a saúde do usuário de qualquer faixa etária bem como aos idosos.

Dessa forma, podemos concluir que a propositura de sua implantação no SUS municipal, como opção de tratamento aos usuários, seria uma atitude bastante louvável dos gestores públicos, visto que tal medida é consonante com todas as diretrizes legais e filosóficas que norteiam as ações de saúde em nosso país.

Seria bastante pertinente que novos trabalhos fossem realizados como forma de enriquecimento da literatura brasileira voltada para as pesquisas no campo das práticas integrativas. Embora tais ciências estejam em evidência cada vez mais crescente no mundo ocidental, enquadrá-las e tentar mensurá-las sob uma ótica puramente cartesiana e reducionista, seria tentar torná-las meras ferramentas paliativas e incapazes de proporcionarem benefícios reais e palpáveis à saúde dos indivíduos e das coletividades.

REFERÊNCIAS

ADLER, C. U. *et al.* Tratamento Homeopático da depressão: relato de série de casos. **Rev. Psiq. Clín.**, 35(2); p. 74-8, 2008.

ANTOLINI, J. Proposta de Tratamento Homeopático da Depressão com Potencial Suicida em Paciente Geriátrico. **Homeopat. Bras.**, 8(2), p. 81-91, 2002.

AZEVEDO, E.; PELICIONE, F. C. M. Práticas Integrativas e Complementares de Desafios para a Educação. **Trab. Educ. Saúde**, 9(3), p. 361-378, 2012.

BARRETO, A. F. (org). **Integralidade e Saúde** - Epistemologia, Política e Práticas de Cuidado. Recife: Editora Universitária / UFPE, 2011, 192 p.

BERNARDO, M. Q. **Psicologia e Medicina Tradicional Chinesa: pontos de convergência**. Trabalho de Conclusão de Curso - Centro de Estudos e Pesquisas do Homem – CIEPH, Criciúma, 2006.

BAUTISTA, G. C. *et al.* Eficacia del tratamiento acupuntural en pacientes con urgencias hipertensivas em la atención primaria de salud. **MEDISAN**, 15(11), p. 1557- 65. 2011.

BLAY, S. L.; MARINHO, V. Depressão na terceira idade. **RBM**, 64(4); 150-155, 2006.

BOTELHO, F.; SILVA, C.; CRUZ, F. Incontinência Urinária Feminina. **Acta Urológica**, 24 (1), p.79-82. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação lato sensu, em nível de especializaçõ. BRASIL, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf. Acesso em: 25 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº 1**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces001_07.pdf . Acesso em 18/10/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferencia Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 20/09/ 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 10ª Conferencia Nacional de Saúde – SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida**. Brasília, 1996. <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>>. Acesso em 20/09/ 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 84 de 25 de Março de 2009**. Adequar o serviço especializado 134 – Serviço de Práticas Integrativas e sua Classificação 001 – Acupuntura. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4217 de 29 de Dezembro de 2010**. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: 01 abr 2013.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 out. 1988.

CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 172p.

CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 14 (32), p.139-54, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA. Resolução nº 02. **Dispõe sobre o exercício da Acupuntura pelo Biomédico.** Brasília: CFBM, 1995. Disponível em: <http://www.cfbiomedicina.org.br/resolucoes.php>. Acessado em: 27/10/2012.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL Resolução nº. 60, de 22 de junho de 1985. Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta 1985. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1301&psecao=9. Acessado em: 27/10/2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 467. **Esclarece sobre lista de especialidades.** Brasília: CFM, 1972. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1972/4671972.htm>. Acessado em 27/10/2012.

CONSELHO FEDERATIVO DAS MEDICINAS NÃO CONVENCIONAIS. Lei nº 45 de 2003. Terapêuticas não Convencionais - Discussão Pública. Lisboa: **COFENACIS**, 2008. Disponível em: <http://cofenacis.org/>. Acessado em: 21/10/2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 82.** Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião- dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. **Brasília: CFO, 2008. Disponível** em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1282>. Acessado em 27/10/2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 005.** Dispõe sobre a prática da Acupuntura pelo Psicólogo. Brasília: CFP, 2002. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/05/resolucao2002_5.pdf. Acessado em: 27/10/2012.

CONSELHO REGIONAL DE ACUPUNTURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Cronologia da Acupuntura no Brasil – Fase Romântica (1972-1984) parte I.** Rio de Janeiro: CRAERJ, 2002. Disponível em: <http://www.craerj.org.br/cronologia/2romantica01.html>. Acessado em: 25/09/2012.

CONTIERO, A. P. *et al.* Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS).v.30, n.1, p. 62-70, 2009.

CORRÊA, A. D.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; QUINTAS, L. E. M.; Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática. **Rev. Ass. Med. Brasil.** v. 43, n. 4, p. 347-51, 1997.

CUNHA, R. G. **Avaliação do efeito da acupuntura com agulhas e de laseracupuntura em pacientes com doença arterial periférica.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia Biomédica, Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, 2007.

DORIA, M. C. S.; **O uso da Acupuntura na sintomatologia do stress** – Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, Campinas-SP, 2010.

EQUIPE EDITORIAL BIBLIOMED. **Acupuntura é útil para tratamento da incontinência urinária.** 2005. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br/news/index/4910/browse/>>. Acessado em: 15/12/2012.

FILHO, A. R.; A Institucionalização da Homeopatia no Brasil. **Revista de Homeopatia**; 71(1/4), p.70-73, 2008.

FLACHSKAMPF, F. A. *et al.* Randomized trial of acupuncture to lower blood pressure. *Circulation*, 2007. In: LIN, C. A.; HSING, W. T.; PAI, H. J. Acupuntura: prática baseada em evidências. **Rev Med**. São Paulo. v. 87, n.3, p.162-5, 2008.

GALATO, D.; SILVA, E. S.; TIBÚRCIO, L. S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 6, p. 2899-2905, 2010.

GONÇALVES, E. R. B. *et al.*; Depressão no idoso: uma contribuição para a assistência de Enfermagem. FRAGMENTOS DE CULTURA, Goiânia, mar./abr. 17(3/4), 217-237, 2007.

GOTTLIEB, D. G.; **O Uso da Acupuntura no tratamento de idosas com incontinência urinária** – Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, 2009.

KOJO, C. R.; FILHO, C. M. A.; Influência do medicamento homeopático na imunossenescência. **Geriatrics & Gerontologia**. v. 1, n. 4, p. 49, 2010.

KWANG, Wu Tou. **Histórico da acupuntura no Brasil.** 2011. Disponível em: <http://ceata.com.br/portal2/index.php/artigos-do-dr-wu/183-historico-da-acupuntura-no-brasil>>. Acesso em: 25 out., 2012.

LEITE, M. B. R.; **Acupuntura no Idoso**. 2005. Disponível em: http://www.brleite.com/site/artigos/artigosciencia/acupuntura_no_idoso.pdf. Acesso em 20/12/2012.

LIN, C. A.; HSING, W. T.; PAI, H. J. Acupuntura: prática baseada em evidências. **Rev. Med.** São Paulo. v. 89, n. 3, p.162-5, 2008.

LUZ, M. T.; *Novos Saberes e práticas em saúde coletiva*, 2007. Apud CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.14, n. 32, p.139-54, 2010.

MACIOCIA, G. **Os Fundamentos da Medicina Chinesa**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2007.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F.; A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], 16 (3), 1801-1811, 2011.

PELIZZOLI, M. L.; **Novas Visões em saúde**. EDUFPE: 2012

RIBEIRO FILHO, A. A institucionalização da Homeopatia no Brasil. **Revista de Homeopatia**, 71 (1/4): 70-73. 2008

ROSS, J. **Sistemas de órgãos e Vísceras da Medicina Tradicional Chinesa**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2003.

SAMPAIO, J. **História da Medicina Tradicional Chinesa**. Lisboa, 2002.

SANTOS, R. A. Homeopatia no universo do envelhecimento. **Textos Envelhecimento**. 1 (7), 2004.

SANTOS, **Homeopatia**: resumo da caracterização da terapêutica e do perfil do profissional. 2008. Disponível em: www.cofenacis.org/Homeopatia_resumo.pdf. Acesso em: 25 out. 2012.

SILVA, F. B.; **Acupuntura na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão da bibliografia.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Estado de Santa Catarina. Palmitos, SC, 2009, p. 59.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** v.19, n. 3, p. 511, 2010.

VANDERLEI, Carlos Eduardo Danzi. A homeopatia numa perspectivas sistêmica: contribuição da saúde para o desenvolvimento sustentável. Dissertação (Mestrado em Gestão do Desenvolvimento sustentável. Universidade de Pernambuco. Recife, 2010. Disponível em: http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/arquivos/arquivo_446_cesaho.pdf. Acesso em: 26 jun 2013

APÊNDICE

DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE IPOEMA EQUIPE

DAVIDSON GONZAGA TONELLI

GILMAR ANDRADE FERRAZ

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE
DO DISTRITO DE IPOEMA**

**IPOEMA – ITABIRA/MG
MARÇO 2012**

SUMÁRIO

1 - Introdução	2
2 - Desenvolvimento	2
2.1 - Cenário: Distrito de Ipoema.....	2
2.2 - Dados Sócio-Demográficos de Ipoema.....	3
2.2.1 – Abastecimento de Água	3
2.2.2 – Esgoto	4
2.2.3 – Destino do Lixo	5
2.2.4 – Tipo de Moradia e Energia Elétrica	6
2.2.5 – Rede de Transportes	6
2.2.6 – Alfabetização e Acesso à Escola	6
2.2.7 – Serviços Sociais	7
2.3 – Atenção à Saúde em Ipoema	7
2.3.1 – Epidemiologia de Ipoema.....	10
2.4 – Problemas Identificados	11
Referências	12

1 INTRODUÇÃO

O Diagnóstico Situacional de Saúde (DSS) constitui a fase inicial do processo de planejamento e consiste na identificação e análise de uma realidade e de suas necessidades, ou seja, visa caracterizar sócio-demográfica e epidemiologicamente a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ipoema, com vista à elaboração de propostas de organização ou reorganização dos serviços.

Este relatório tem o objetivo de apresentar o DSS da UBS de Ipoema. É importante ressaltar que este diagnóstico foi apresentado em junho deste ano pelos acadêmicos de enfermagem (Felipe Augusto Brito Madureira e Paulo Henrique Fráguas) que fizeram estágio em Ipoema no 1º semestre de 2011 e coletaram os dados durante o período letivo, então, com este documento em mãos, o que trabalhamos foi a atualização e a reinterpretação de alguns dados, de acordo com o nosso ponto de vista e percepção.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CENÁRIO: DISTRITO DE IPOEMA

Ipoema é um distrito de Itabira, localizado a 86 km de Belo Horizonte. Foi fundado em 1893 e seu nome significa “Ave que Canta”. O distrito é rico em atrativos naturais como cachoeiras, matas, serras, nascentes e rios que despertam um olhar de quem gosta de natureza. Localizada entre Ouro Preto e Diamantina, tornou-se uma das mais importantes vertentes da Estrada Real. A principal atividade econômica do distrito é a agropecuária, predominando a agricultura de subsistência. Além de existir outras formas de emprego, como: comércio local, em pousadas e mercearias, serviço público municipal, fábrica de móveis e atividades autônomas.

Sua população atinge a marca de 2.543 habitantes, concentrada predominantemente nas comunidades rurais. São 844 famílias cadastradas pelo sistema local de saúde que adota as diretrizes e bases do Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo seus princípios doutrinários e gerenciais para a assistência a população. Existem 1.320 homens e 1.223 mulheres, segundo dados do SIAB (2011).

Gráfico 1 – Distribuição da população de Ipoema segundo a faixa etária.



Fonte: SMS Itabira/SAS/DAB/SIAB (2011).

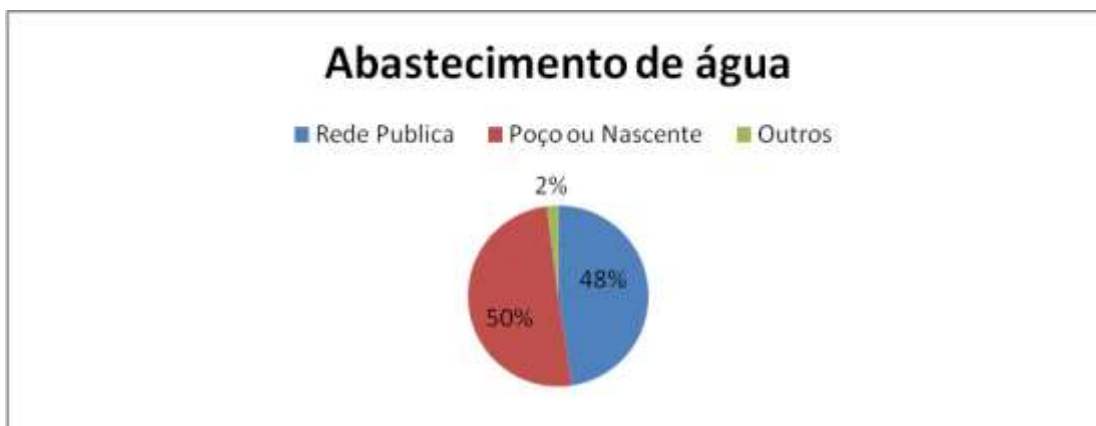
O Distrito de Ipoema é composto pela sede e mais 15 comunidades rurais: Cachoeira Alta, Chapada de Ipoema, Cubango, Duas Pontes, Laranjeiras, Luís José, Maná, Montes Claros, Moura, Mundo Vira, Quebra Ossos, Quiabos, Santa Catarina, São José do Macuco e São José do Turvo.

2.2 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DE IPOEMA

2.2.1 Abastecimento de água

Em 12 de junho de 2008 foi inaugurada em Ipoema a Estação de Tratamento de Água (ETA) com capacidade de atender cerca de 7.500 pessoas. Para sua construção, foi utilizado tecnologia de baixo custo e sua vida útil prevista é de até 20 anos. Portanto, tem capacidade para abastecer toda a população do Distrito pelos próximos anos. Contudo, no momento, 425 domicílios do total de 844, ainda são abastecidos por poço ou nascente, representando 50,48% do tipo de abastecimento.

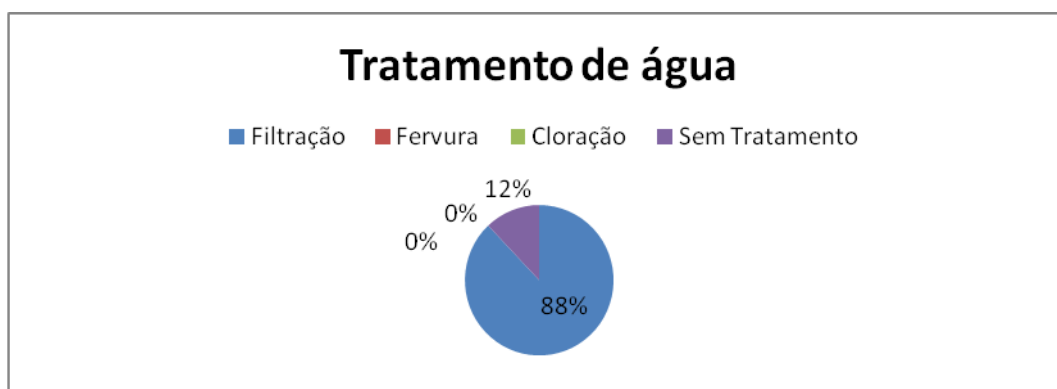
Gráfico 2 – Distribuição dos domicílios segundo abastecimento de água.



Fonte: SMS Itabira/SAS/DAB/SIAB (2011).

Com relação ao tratamento de água no domicílio, as pessoas de 742 (88,12%) domicílios filtram a água como forma de tratamento, mas ainda existem 99 (11,76%) em que a água é consumida sem nenhum tratamento. Acrescenta-se a este problema a falta de fluoretação em mais de 50 % dos domicílios, ou seja, aqueles que ainda não têm abastecimento de água.

Gráfico 3 – Distribuição dos domicílios de Ipoema quanto ao tipo de tratamento de água em domicílio.

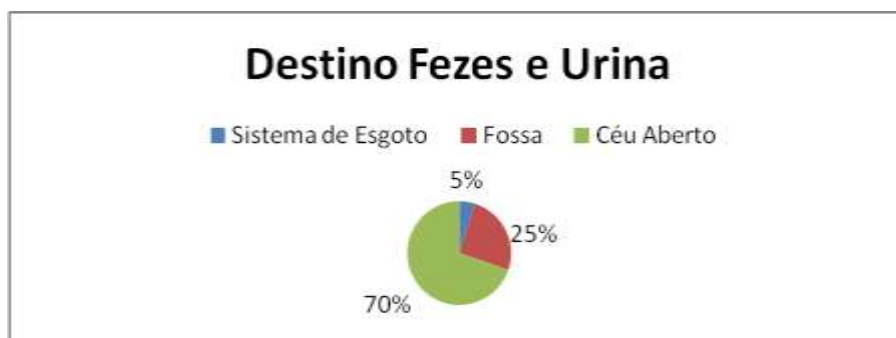


Fonte: SMS Itabira/SAS/DAB/SIAB (2011).

2.2.2 Esgoto

Dados do SIAB demonstram que, em 2011, o sistema de esgoto cobre apenas 4,63% das residências, sendo que em 25,30% o destino final das fezes e urina é feito utilizando-se fossas e a maioria, 70,07%, é deixado a céu aberto. É importante ressaltar que está em processo de implantação a Estação de Tratamento de Esgoto (ETE) que irá remover o esgoto despejado nos rios da região. Essa Estação de Tratamento aguarda a instalação de rede elétrica, pela CEMIG, para funcionamento. Contudo, é necessária a limpeza dessas fossas regularmente, além da ampliação da rede de esgoto, para que a ETE apresente um efeito positivo e significativo no destino das fezes e urina.

Gráfico 4 – Distribuição de domicílios em relação a destino das fezes/urina em Ipoema.

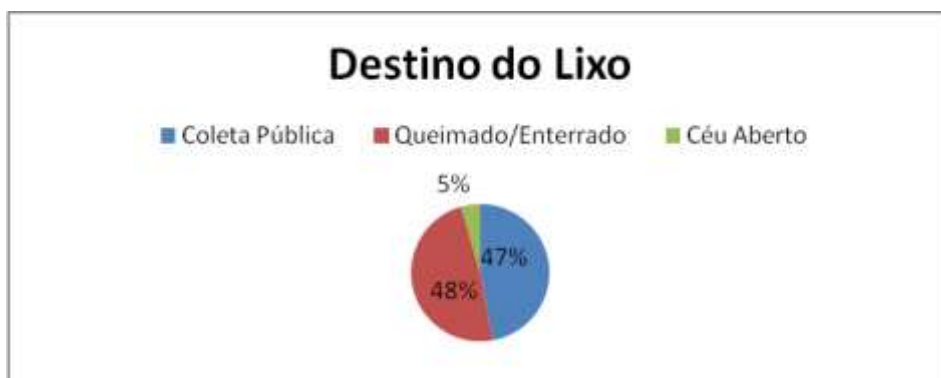


Fonte: SMS Itabira/SAS/DAB/SIAB (2011).

2.2.3 Destino do lixo

No distrito de Ipoema, em relação ao destino final do lixo, de um total de 843 domicílios, 48,34% é queimado ou enterrado, 4,39% fica a céu aberto e 47,27% é coletado pelo serviço público, realizado por carroças. A coleta por carroça é feita diariamente e o lixo é levado até um lixão provisório, dentro do distrito, e uma vez por semana (quinta-feira) é recolhido pelo caminhão da ITAURB. Outro agravo ao ambiente além das queimadas é a não realização da coleta seletiva pelo Distrito e pelos habitantes da região.

Gráfico 5 – Distribuição dos domicílios de Ipoema em relação ao destino do lixo.



Fonte: SMS Itabira/SAS/DAB/SIAB (2011).

2.2.4 Tipo de moradia e energia elétrica

A maioria das casas é construída com tijolo ou adobe (92,76%). O restante é de taipa revestida e não revestida, madeira, material aproveitado, dentre outros. Em relação à iluminação pública, 99,05% das residências recebem energia elétrica.

2.2.5 Rede de transporte

Existem duas linhas de ônibus que fazem o transporte do Ipoema-Itabira. Uma delas faz o trajeto passando por estrada não pavimentada, saindo do distrito às 7h15m e chegando em Itabira às 9h. A outra linha faz o trajeto por estrada parcialmente pavimentada, saindo às 7h45m e chegando às 9h15m em Itabira. O trajeto Itabira-Ipoema também é feito por duas linhas, sendo uma no horário de 15h e a outra às 16h30m. Este tem sido apontado como um dos principais problemas de acesso à rede de saúde dos níveis de média e alta complexidade e aos equipamentos de

apoio a Estratégia de Saúde da família (ESF). Por sua importância, mereceu destaque dos delegados da última Conferência Municipal de Saúde de Itabira.

2.2.6 Alfabetizados e acesso à escola

Ipoema possui um total de 04 escolas que atendem, atualmente, 337 crianças entre 07 a 14 anos o que corresponde a 96% das crianças. Os indivíduos com 15 anos ou mais totalizam 84,37% da população alfabetizada; esses valores se aproximam da taxa de alfabetização da região sudeste (92,2%), segundo dados do IBGE 2010.

Em atividades preventivas e de promoção de saúde bucal nas escolas das comunidades do Macuco, Duas Pontes e Turvo, a equipe odontológica pode verificar *in loco*, alguns problemas não diretamente ligados à saúde, mas que certamente influenciam na assimilação das informações emitidas pela equipe de saúde da família: crianças com pouca capacidade de concentração; alto número de crianças a partir dos 12 anos incapazes de ler, entender o que se leu ou refletir criticamente sobre o conteúdo lido; ou crianças com grande dificuldade em se expressar verbalmente; grande dificuldade na escrita, em que os erros ortográficos são predominantes; existência de professores dedicados, porém não eficientemente qualificados pelo setor público; pouco ou nenhum acesso dos escolares a profissionais qualificados para diagnosticar e tratar problemas neurológicos, psiquiátricos, cognitivos, psicossociais, psicomotores, foniátricos, etc., e expressiva quantidade de escolares em situação de risco social.

2.2.7 Serviços Sociais

Em Ipoema, pudemos observar que parcela expressiva da população se vê privada de toda e qualquer forma de lazer ou acesso a atividades artísticas e culturais. Em vista desses fatores, esses usuários passaram a desenvolver vários tipos de patologias psiquiátricas que vão desde leve ansiedade ou tristeza até os graus mais exacerbados de depressão, levando-os a optar por três soluções: 1) medicação: hipnótica, psicotrópica, ansiolítica, etc; 2) alcoolismo, tabagismo, toxicomania; 3) suicídio ou tentativas de autoextermínio.

Para o público infantil, não há na região, creches ou instituições que recebam crianças menores de 5 anos, forçando os pais a deixá-las à mercê da sorte, com parentes ou estranhos e expostas a todo tipo de riscos de saúde, social e psicológico.

Já a parcela de usuários na faixa de 12 a 17 anos, adolescentes, portanto, por não conseguirem ocupação ou se verem frustrados com a falta de oportunidades de profissionalização no Distrito, pouco a pouco vão se enveredando para dois caminhos: alcoolismo e drogadição. Expostos a uma realidade perversa, começam a repetir os mesmos passos dos pais, tornando-se, muitas vezes, pais e mães adolescentes, o que os levam a perder seus sonhos e objetivos para um futuro melhor, vindo cedo a cair nas malhas de uma depressão, perpetuando um ciclo vicioso que culminará com as diversas doenças físicas e mentais predominantes na UBS de Ipoema.

2.3 ATENÇÃO À SAÚDE EM IPOEMA

O distrito conta com uma UBS e, por ter uma população de zona rural maior que a da área urbana, tem três subunidades de atendimento, uma delas se localiza na comunidade do Turvo, outra na comunidade de Duas Pontes e a última na comunidade do Macuco. Estas subunidades são pequenas, mas agem como um grande facilitador no desenvolvimento das atividades assistenciais, embora do ponto de vista físico não disponham de estrutura compatível com aquela requerida para uma UBS, haja vista que em Duas Pontes há apenas um anexo fornecido pela escola municipal e no Macuco é urgente uma reforma e ampliação do local. Em relação às atividades específicas de Saúde Bucal, nenhuma das três unidades possui ambiente propício sequer para orientação individual ou coletiva de práticas de higiene oral supervisionada.

A estratégia de operacionalização do SUS adotada é o Programa Saúde da Família que, além da equipe básica com enfermeiro (1), médico (1), auxiliar de enfermagem (4) e agentes comunitários de saúde (10), inclui uma equipe de Saúde Bucal, com cirurgião-dentista (1), auxiliar de saúde bucal (1). Ainda, tem uma psicóloga e dois

médicos especialistas de referência nas áreas de ginecologia, obstetrícia e clínico/cardiologista (SIAB/SMS, 2011) que atendem em dias previamente agendados.

Além dos profissionais citados anteriormente, a UBS conta com: 01 gerente, 01 agente administrativo, 06 motoristas e 02 auxiliares de serviços gerais. Por meio de convenio entre a Prefeitura de Itabira e a FUNDEP/UFMG, a UBS conta, durante todos os meses do semestre letivo, com dois alunos da graduação em enfermagem e 02 alunos da graduação em odontologia.

As agentes comunitárias de saúde (ACS) respondem por 07 (sete) microáreas de saúde constituídas pelas comunidades apresentadas no quadro a seguir.

QUADRO 1 – definição das microáreas do distrito por ACS, Ipoema/2011

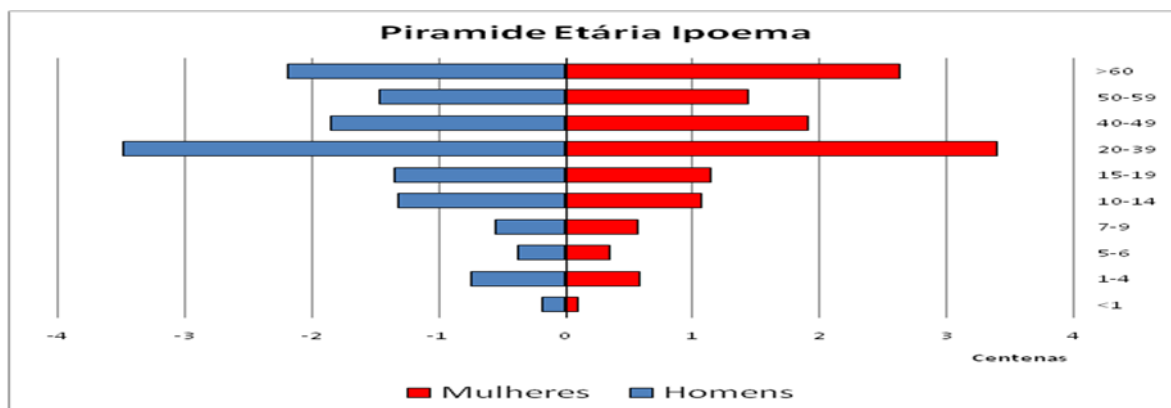
MICROÁREA	LOCALIDADE	Nº DE HABITANTES
01	Macuco, Cachoeira Alta e Montes Claros	314
02	Sede	568
03	Duas Pontes e Chapada	407
04	Turvo	333
05	Laranjeiras e Santa Catarina	224
06	Sede	543
07	Moura e Cabo de Agosto	260

Como pode ser observado, a sede do Distrito está dividida em duas microáreas, devido ao grande número de usuários que a compõem. Proporcionando, assim, a possibilidade de uma total cobertura pelas ACS dessas microáreas.

Levando em consideração a distância entre as comunidades e a sede, e de Ipoema a Itabira, um recurso disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Itabira são os veículos de transporte para pacientes. São eles: duas Kombis terceirizadas e uma ambulância que trabalham buscando e levando os pacientes para atendimento tanto em Ipoema quanto em Itabira.

Conforme dito anteriormente, são 843 famílias cadastradas até maio de 2011 SMS - SIAB (2011), com uma população, predominantemente rural, de 2.668 habitantes sendo 1.351 homens e 1.317 mulheres, segundo dados das ACS's. A distribuição da população por faixa etária pode ser analisada no gráfico a seguir, assim como se pode observar na tabela abaixo que 482 habitantes são maiores de 60 anos e 160 menores de 5 anos.

Gráfico 6: Pirâmide Etária do Distrito de Ipoema, 2011



Fonte: SMS Itabira/SAS/DAB/SIAB (2011).

Tabela 1 - Distribuição da população de Ipoema segundo a faixa etária, 2011

	Faixa Etária								Total
	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 59	60 a 79	>80	
Masculino	18	58	81	138	129	691	160	45	1320
Feminino	10	59	79	113	102	721	87	52	1223

Número de Pessoas	28	117	160	251	231	1412	247	97	2543
-------------------	----	-----	-----	-----	-----	------	-----	----	------

2.3.1 Epidemiologia

Item	Quantidade	Percentual (%)	Parâmetro (%)
Crianças c/ baixo-peso (< 1 ano)	2	10	9,5
Crianças prematuras (< 1 ano)	0	0	7,4
Crianças desnutridas (< 5 anos)	6	3,42	4,2
Crianças com doença respiratória (< 5 anos)	52	29,71	6,0
Grávidas (< 20 anos)	4	19,04	21,72
Adultos e idosos c/ HAS (2011)	656	37,35	20 (> 20 anos)
Adultos e idosos c/ DM (2011)	94	5,35	8 (> 20 anos)
Adultos e idosos c/ doença mental (2011)	285	16,23	22 (>20 anos)
Gestantes identificadas (2011)	21	95,45	Nascidos vivos (2010) + 10 %
Gestantes PNRH (2011)	14	66,66	85
Gestantes PNAR (2011)	7	33,33	15
% idosos em 2011	355	13,52	9
Nº de mulheres que estão com o CO em dia (>20 anos)	447	77	100

2.4 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- ✓ 425 domicílios do total de 843, ainda são abastecidos por poços ou nascentes, representando 50,48% do tipo de abastecimento de água;
- ✓ A água consumida sem nenhum tratamento (11,76%) elevando o risco de contaminação;
- ✓ A água fluoretada estar disponível a somente 50,48% da população;

- ✓ A elevada porcentagem de esgoto a céu aberto (70%), sem a cobertura da ETE;
- ✓ O elevado número de lixo queimado (48,4%) que deveria ser destinado à coleta pública, principalmente a Coleta Seletiva, elevando o risco de anormalidades respiratórias;
- ✓ Dificuldade de acesso a Itabira pelo transporte rodoviário: seus horários restritos dificultam a marcação de exames e consultas;
- ✓ Alto índice de tentativas e de suicídios consumados;
- ✓ Dificuldade de acesso a atividades culturais/lazer (canais abertos de TV, internet, cinema, áreas de recreação, áreas para práticas de esportes, etc.);
- ✓ Ausência de dados epidemiológicos de Saúde Bucal na região, o que dificulta o planejamento de ações voltadas para o enfrentamento, em nível de prioridade, dos principais agravos em Saúde Bucal, bem como a criação de campanhas que visem a identificação e prevenção do câncer bucal;
- ✓ N° elevado de idosos;
- ✓ Baixa cobertura do exame preventivo cérvico-uterino em relação à adesão (gênero), acesso e material insuficiente;
- ✓ N° elevado de usuários portadores de HAS/DM;
- ✓ Inexistência de um processo sistematizado de educação permanente;
- ✓ Inexistência de um Conselho Local de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed 2010. 114p.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. 2011. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 25 jun. 2011.

3. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABIRA. Sistema de Informação da Atenção Básica. SIABMun. Itabira/SAS/DAB/SIAB, 2011.